

**VIVIAN MASCELLA**

**DOR DE CABEÇA EM ADOLESCENTES:  
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E  
QUALIDADE DE VIDA**

**PUC-CAMPINAS**

**2016**

**VIVIAN MASCELLA**

**DOR DE CABEÇA EM ADOLESCENTES:  
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E  
QUALIDADE DE VIDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida - PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo

**PUC-CAMPINAS**

**2016**

VIVIAN MASCELLA

**DOR DE CABEÇA EM ADOLESCENTES:  
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E  
QUALIDADE DE VIDA**

BANCA EXAMINADORA




Presidente Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo



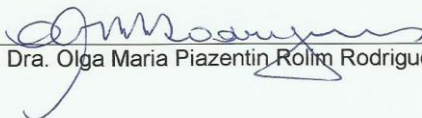
Prof. Dr. Wagner de Lara Machado



Profa. Dra. Berenice Victor Carneiro



Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa



Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

PUC-CAMPINAS

2016

Ficha Catalográfica  
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e  
Informação - SBI - PUC-Campinas

t155.5  
M395d

Mascella, Vivian.

Dor de cabeça em adolescentes: estratégias de enfrentamento e qualidade de vida / Vivian Mascella. – Campinas: PUC-Campinas, 2015.  
256p.

Orientadora: Sônia Regina Fiorim Enumo.

Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.  
Inclui anexo e bibliografia.

1. Pedagogia do adolescente. 2. Stress (Psicologia). 3. Qualidade de vida. 4. Adolescência. I. Enumo, Sônia Regina Fiorim. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t155.5

*“We are all interconnected, people, animals, our environment. When nature suffers, we suffer. And when nature flourishes, we all flourish”.*  
*Jane Goodall, Ph.D.*

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha querida mãe, que me ensinou a ter coragem e sabedoria para enfrentar as dificuldades da vida. Tenho certeza que onde estiver, estará muito orgulhosa. Um grande abraço mãe! Saudades...*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro a Deus, por me dar saúde e sabedoria nessa longa jornada.

Agradeço, em especial, à Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim primeiramente pelo seu acolhimento e atenção, pela sua humildade, dedicação e sabedoria em ensinar, carinho e afeto sempre que necessário.

À Profa. Dra. Marilda E.N. Lipp, com quem eu aprendi muito, por ter acreditado em mim e me apresentado ao “mundo” das pesquisas.

Às Professoras Doutoras Helena Bazanelli Prebianchi e Gimol Benzaquen Perosa, que aceitaram participar da minha banca de qualificação e de defesa desta Tese, e pelas suas contribuições no decorrer da pesquisa. Às Professoras Doutoras Gimol Benzaquen Perosa, Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues e Berenice Victor Carneiro e ao Prof. Dr. Wagner de Lara Machado, que aceitaram participar da minha banca de defesa, por suas orientações e enriquecimento desta Tese.

Ao Prof. Dr. Wagner de Lara Machado, por suas preciosas contribuições, atenção e disponibilidade.

Agradeço também toda minha família, em especial ao meu esposo Sidnei da Silva, por ser tão amoroso, compreensivo, otimista e companheiro, em todos os momentos da minha vida. Às minhas queridas irmã Valeriana Mascella e minha sobrinha Paula Mascella Scapol, pelo carinho, amor, amizade e convivência de sempre. Ao meu pai, Rodolfo Mascella, por me ensinar a ser forte e enfrentar as adversidades. Aos meus irmãos e cunhadas, que mesmo de longe, sei que torcem por mim. As minhas amadas Chica e Filó, pelo amor incondicional e felicidade que me proporcionam. E a caçula Cacau, com sua energia e alegria!

À querida amiga Ana Paula Justo, pelo auxílio e valiosas contribuições, tanto pessoalmente quanto profissionalmente.

Agradeço aos meus queridos amigos do mestrado, que fizeram parte dessa jornada, e mesmo distantes, continuamos próximos no coração, Greici Maestri Bussoleto, Andréa Macedo Bottcher, Andréia Cristina Kleinhans, Maristela Volpe, Michele Gomes, Marcia Calixto, Ana Paula Moreira, Angela Tamyé Lopes Fujita e Joseana Azevedo Bargas.

Agradeço aos meus amigos do doutorado, Luiz Ricardo Vieira Gonzaga, que me acompanha desde o mestrado, sempre com muito bom humor e alegria, a Andressa Melina Becker da Silva, Gisele Foch, Anita, e em especial as minhas queridas amigas Ana Paula Justo e Claudiane Aparecida Guimarães, pelos momentos em que dividimos angústias, mas também muitas alegrias e risadas! E à minha querida amiga Vanessa Marques Gibran Victório, fonte constante de apoio e incentivo, hoje para mim, como uma irmã do coração. Vocês fizeram toda diferença nesse longo percurso!

Às minhas grandes e queridas amigas Lucimeire Prestes Tomé, Ana Laura Amaral, Fabiana Vicinelli Ottoboni, Nádia Vieira, Rosangela Fabri, Jéssica Lopes, Bruna Zicari e Dulce Francisco por ouvirem minhas dificuldades e desafios, pelo apoio e alegrias que compartilhamos.

A todos os colegas e secretárias do consultório em que trabalho, em especial ao Dr. Luiz Carlos Beda pela sua sabedoria que divide com todos. E a Fabíola Chenche, por sua amizade sincera.

À querida Déa Castellano, que mesmo de longe, esteve sempre me incentivando e torcendo por mim.

Ao estatístico Helymar C. Machado pela atenção e disponibilidade de sempre.

Agradeço a todos da Escola, em especial a diretora, a vice-diretora, a coordenadora, as mediadoras Elaine e Telma, as inspetoras Gil e Sônia e a todos os adolescentes que se propuseram a participar dessa pesquisa.

Às secretárias do Programa de Pós Graduação em Psicologia, Elaine, Carol e Maria Amélia pela disponibilidade e cuidado.



Finalmente a CAPES e a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta Tese.

# RESUMO

MASCELLA, Vivian. *Dor de cabeça em adolescentes: Estratégias de enfrentamento e qualidade de vida*. 2016. 281f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2016.

A adolescência é um período do desenvolvimento em que ocorrem transformações físicas, emocionais e sociais, tornando o adolescente exposto ao estresse. Este tem como um dos sintomas as queixas de dor de cabeça, que são fator de risco para quadros psicopatológicos, absenteísmo escolar e dificuldades nos relacionamentos, afetando a qualidade de vida. Esta pesquisa analisou os eventos estressores e seu enfrentamento em suas relações com a qualidade de vida, em adolescentes com queixas de dor de cabeça. Participaram 54 adolescentes (85,19% meninas), com 14 a 18 anos, cursando o final do Ensino Fundamental e o Ensino Médio em uma escola pública de Sorocaba-SP. Foram aplicados na sala de aula os instrumentos: a) para caracterização da amostra - Questionário de Queixa de Dor de Cabeça; Protocolo de Entrevista de Caracterização, especialmente elaborado; e Critério de Classificação Econômica Brasil; b) para identificação de estressores da adolescência: *Adolescent Perceived Events Scale* (APES); c) para avaliação do enfrentamento de situações estressantes da adolescência: Escala de *Coping* (EC), com 12 famílias de *coping*, segundo a Teoria Motivacional do *Coping*; d) para análise dos estressores da dor de cabeça e seu enfrentamento: *Responses to Stress Questionnaire – Headache* (RSQ-H), com validação linguística autorizada pelos autores; e) para avaliação da qualidade de vida: *Quality of Life Headache - Youth Questionnaire* (QLH-Y). Foram feitas análises estatísticas descritivas, de comparações entre grupos e de correlações, além de análise de redes. Houve prevalência de dores diárias em 42,59% da amostra e várias vezes por semana em 29,63%, com crises associadas a gatilhos emocionais, como sentir-se ansioso e ter preocupações. Os resultados mostraram que as meninas apresentaram: a) maior percepção de estressores bons e ruins (APES); b) *Coping* de Engajamento Involuntário, Ruminação, Excitação Emocional e Interferência Cognitiva (RSQ-H); c) menos Força Vital e mais Depressão (QLH-Y). A dor de cabeça diária estava relacionada a: a) situações estressoras da adolescência (APES), *coping* mal adaptativo, Isolamento e Desamparo (EC); b) maior quantidade de estressores da dor de cabeça (RSQ-H); c) *Coping* de Desengajamento e Evitação (RSQ-H); d) Depressão (QLH-Y). Os adolescentes em atendimento médico apresentaram mais: a) enfrentamento positivo da dor de cabeça, com Regulação Emocional, Expressão Emocional, *Coping* de Engajamento de Controle Secundário, Pensamento Positivo, Aceitação e Paralisação; b) Harmonia e Força Vital (QLH-Y). Os adolescentes com diagnóstico médico de enxaqueca apresentaram: a) menor percepção de eventos ruins (APES); b) maior Desamparo no enfrentamento das situações estressantes da adolescência (EC). Os adolescentes com dor de cabeça por mais de 24 horas apresentaram mais: a) Engajamento Involuntário, Excitação Emocional e Fuga (RSQ-H); b) Fadiga (QLH-Y). Essas respostas de estresse involuntárias e de *coping* mal adaptativo, especialmente nas meninas, mostram as dificuldades de autorregulação diante de estressores da dor de cabeça, alertando para a importância da prevenção e a elaboração de intervenções mais eficientes e específicas para essa faixa etária. As análises realizadas auxiliaram na compreensão dos processos envolvidos no enfrentamento da dor de cabeça em adolescentes, evidenciando como sintomas somáticos, depressão e estresse e o impacto da dor de cabeça na vida diária se relacionam.

**Palavras-chaves:** Estratégias de Enfrentamento, Estressores, Dor de cabeça, Qualidade de vida, Adolescência, Coping.

**Apoio:** CAPES/ MEC (bolsa de doutorado); CNPq /MCTI (bolsa de produtividade em pesquisa da orientadora).

**Área de conhecimento (CNPq):** 7.07.00.00-1 – Psicologia; 7.07.10.00-7 - Tratamento e Prevenção Psicológica; 7.07.03.02-7 - Processos Psicofisiológicos

# ABSTRACT

MASCELLA, Vivian. Headaches among adolescents: Coping strategies and quality of life. 2016. 281f. (Doctoral Dissertation in Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Life Science Center, Graduate Program in Psychology, Campinas, 2016.

Adolescence is a period of development in which physical, emotional and social changes occur and adolescents become exposed to stress. Headaches are one of the symptoms of stress, a risk factor for psychopathological conditions, school absenteeism and difficulties in relationships, affecting quality of life. This study analyzed stressors and coping in relation to quality of life among adolescents experiencing headaches. A total of 54 adolescents (85.19% girls), aged from 14 to 18 years old and attending elementary, middle or high school in a public school in Sorocaba, SP, Brazil, participated. The following instruments were applied in classrooms: a) to characterize the sample – Headache Questionnaire; a Characterization Interview Protocol developed for this study; and the Brazil Economic Criteria Classification; b) the Adolescent Perceived Events Scale (APES) was applied to identify stressors during adolescence; c) to assess coping with stressful events during adolescence – Coping Scale (CS), with 12 coping families using the Motivational Theory of Coping; d) Responses to Stress Questionnaire – Headache (RSQ-H) with authorized linguistic validation was used to analyze headache stressors and coping; and e) Quality of Life Headache - Youth Questionnaire (QLH-Y) was used to assess quality of life. Descriptive statistics, comparisons between groups and correlations were used in addition to network analyses. Daily headaches were prevalent in 42.59% of the sample, while 29.63% reported headaches several times a week associated with emotional triggers, such as feeling anxious or having concerns. The results showed that girls presented: a) greater perception of good and bad stressors (APES); b) Involuntary Engagement, Rumination, Emotional Excitement and Cognitive Interference (RSQ-H); c) Less Vital Strength and more Depression (QLH-Y). Daily headaches were related to a) stressful events during adolescence (APES), maladaptive coping, isolation and helplessness (CS); b) greater quantity of headache stressors (RSQ-H); c) Disengagement and Avoidance (RSQ-H); d) Depression (QLH-Y). The adolescents receiving medical care more frequently presented: a) positive headache coping with Emotional regulation, Emotional Expression, Secondary Control Engagement, Positive Thinking, Acceptance and Immobilization; b) Harmonization and Vital Strength (QLH-Y). Adolescents with a medical diagnosis of migraines presented: a) a lower perception of bad events (APES); b) greater Helplessness when coping with stressful events during adolescence (CS). Adolescents with headaches that last more than 24 hours more frequently presented: a) Involuntary Engagement; Emotional Excitement and Escape (RSQ-H); b) Fatigue (QLH-Y). These involuntary stress responses and maladaptive coping strategies, especially among girls, show difficulty in self-regulating when facing headache stressors, emphasizing the importance of prevention and the development of more efficient and specific interventions for this age range. Analyses helped understand the processes involved in headache coping among adolescents, showing how somatic symptoms, depression and stress and the impact of headaches on daily life are related.

**Key words:** Coping strategies, Stressors, Headache, Quality of life, Adolescence, Coping.

**Support:** CAPES/ MEC (doctoral scholarship); CNPq /MCTI (Advisor's Research Fellowship).

**Subject field (CNPq):** 7.07.00.00-1 – Psychology; 7.07.10.00-7 – Psychological Treatment and Prevention; 7.07.03.02-7 – Psychophysiological Processes.

# RESUMEN

MASCELLA, Vivian. *Dolor de cabeza en adolescentes: Estrategias de enfrentamiento y calidad de vida*. 2016. 281f. Tesis (Doctorado en Psicología) – Pontificia Universidad Católica de Campinas, Centro de Ciencias de la Vida, Programa de Postgrado en Psicología, Campinas, 2016.

La adolescencia es un período de desarrollo en que se producen transformaciones físicas, emocionales y sociales, que hacen al adolescente expuesto al estrés. Este tiene como uno de sus síntomas las quejas por dolor de cabeza, que son un factor de riesgo para cuadros psicopatológicos, absentismo escolar y dificultades en las relaciones, afectando la calidad de vida. Esta investigación analizó los eventos estresantes y su enfrentamiento en sus relaciones con la calidad de vida, en adolescentes aquejados de dolor de cabeza. Participaron 54 adolescentes (85,19% niñas), de 14 a 18 años, que cursaban el final de la Enseñanza Primaria y la Enseñanza Secundaria en una escuela pública de Sorocaba-SP. Fueron aplicados en el aula los instrumentos: a) para la caracterización de la muestra - Cuestionario de Queja de Dolor de Cabeza; Protocolo de entrevista de Caracterización, especialmente elaborado; y Criterio de Clasificación Económica Brasil; b) para la identificación de factores de estrés de la adolescencia: *Adolescent Perceived Events Scale* (APES); c) para la evaluación del enfrentamiento de situaciones estresantes de la adolescencia: Escala de *Coping* (EC), con 12 familias de *coping*, según la Teoría Motivacional del *Coping*; d) para el análisis de los factores de estrés del dolor de cabeza y su enfrentamiento: *Responses to Stress Questionnaire – Headache* (RSQ-H), con validación lingüística autorizado por los autores; e) para evaluación de la calidad de vida: *Quality of Life Headache - Youth Questionnaire* (QLH-Y). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, de comparaciones entre grupos y de correlaciones, así como de análisis de redes. Hubo prevalencia de dolores diarios en el 42,59% de la muestra y varias veces por semana en el 29,63%, con crisis asociadas a desencadenantes emocionales, como sentirse ansioso y tener preocupaciones. Los resultados mostraron que las niñas presentaron: a) una mayor percepción de los factores de estrés buenos y malos (APES); b) *Coping* de Involucramiento Involuntario, Rumia, Excitación Emocional e Interferencia Cognitiva (RSQ-H); c) menos Fuerza Vital y más Depresión (QLH-Y). El dolor de cabeza diario estaba relacionado con: a) situaciones de estrés de la adolescencia (APES), *coping* mal adaptativo, Aislamiento y Desamparo (EC); b) una mayor cantidad de factores de estrés del dolor de cabeza (RSQ-H); c) *Coping* de Apatía y Evitación (RSQ-H); d) Depresión (QLH-Y). Los adolescentes en tratamiento médico presentaron más: a) enfrentamiento positivo del dolor de cabeza con Regulación Emocional, Expresión Emocional, *Coping* de Involucramiento de Control Secundario, Pensamiento Positivo, Aceptación y Paralización; b) Armonía y Fuerza Vital (QLH-Y). Los adolescentes con diagnóstico médico de migraña presentaron: a) menor percepción de malos acontecimientos (APES); b) mayor Desamparo para hacer frente a situaciones de estrés en la adolescencia (EC). Los adolescentes con dolor de cabeza por más de 24 horas presentaron más: a) Involucramiento Involuntario, Excitación Emocional y Fuga (RSQ-H); b) Fatiga (QLH-Y). Estas respuestas de estrés involuntarias y de *coping* mal adaptativo, especialmente en las niñas, muestran las dificultades de autorregulación ante los factores de estrés del dolor de cabeza, alertando sobre la importancia de la prevención y la elaboración de intervenciones más eficientes y específicas para este grupo etario. Los análisis realizados ayudaron a la comprensión de los procesos que intervienen en el enfrentamiento del dolor de cabeza en adolescentes, evidenciando cómo síntomas somáticos, depresión y estrés y el impacto del dolor de cabeza en la vida diaria están relacionados.

**Palabras-claves:** Estrategias de Enfrentamiento, Factores de estrés, Dolor de cabeza, Calidad de vida, Adolescencia, Coping.

**Apoyo:** CAPES/ MEC (beca de doctorado); CNPq /MCTI (beca de productividad en investigación de la tutora).

**Área del conocimiento (CNPq):** 7.07.00.00-1 – Psicología; 7.07.10.00-7 - Tratamiento y Prevención Psicológica; 7.07.03.02-7 - Procesos Psicofisiológicos

# SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>RESUMEN</b> .....	xi
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	xv
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	xvi
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	xix
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	xx
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	01
1.1. Adolescência .....	02
1.2. Dor de cabeça – tipos, prevalência e impactos .....	07
1.2.1. Cefaleias do tipo Tensional .....	10
1.2.2. Migrânea .....	12
1.3. Adolescência e cefaleia .....	16
1.4. Cefaleia e Qualidade de vida .....	20
1.5. Fatores de risco psicossociais para a dor de cabeça .....	26
1.5.1. Desencadeadores ou Estressores da dor .....	33
1.6. Estresse e Enfrentamento .....	37
1.6.1. Teoria Motivacional do <i>Coping</i> .....	45
1.6.2. Famílias de <i>Coping</i> .....	49
1.6.3. Processos de enfrentamento da cefaleia .....	57
1.7. Problema de pesquisa .....	60
1.8. Objetivos da pesquisa .....	63
<b>2. MÉTODO</b> .....	64
2.1. Participantes e local de coleta de dados .....	64
2.1.1. Critérios de inclusão e exclusão na amostra .....	64
2.1.2. Processo de composição da amostra .....	64
2.2. Material e instrumentos .....	69
2.3. Procedimento .....	80
2.3.1. Contato com escola .....	80
2.3.2. Aplicação dos instrumentos .....	81
2.4. Processamento e análise dos dados .....	82
2.5. Questões éticas .....	84
<b>3. RESULTADOS</b> .....	87
3.1. Caracterização dos adolescentes com queixa de dor de cabeça .....	87
3.2. Estressores gerais da adolescência e seu enfrentamento por adolescentes com queixa de dor de cabeça .....	89
3.3. Enfrentamento dos estressores gerais da adolescência por adolescentes com queixa de dor de cabeça .....	94
3.4. Estressores da dor de cabeça e seu enfrentamento em adolescentes com queixa de dor de cabeça .....	101
3.5. Qualidade de vida de adolescentes com queixa de dor de cabeça .....	105
3.6. Análises inferenciais de estresse, coping e qualidade de vida de adolescentes com queixa de dor de cabeça .....	108
3.6.1. Comparações entre grupos diferentes de gênero .....	108
3.6.2. Comparações entre grupos de diferentes frequências de dor de cabeça ...	109
3.6.3. Comparações entre grupos de adolescentes com queixa de dor de cabeça com e sem consultar o médico .....	110
3.6.4. Comparações entre grupos de adolescentes com queixa de dor de cabeça com e sem o diagnóstico de enxaqueca .....	111
3.6.5. Comparações entre grupos de adolescentes com queixa de dor de cabeça e o tempo da duração da dor .....	113
3.6.6. Análise de mediação de <i>coping</i> na relação entre estressores e Qualidade	



de vida .....	115
3.6.7. Análise das relações entre estresse, <i>coping</i> e qualidade de vida entre adolescentes com queixa de dor de cabeça .....	115
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>123</b>
<b>5. CONCLUSÕES .....</b>	<b>144</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>148</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>178</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>232</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo conceitual na gênese da dor .....	34
Figura 2	Modelo de processo da relação entre o contexto social, o <i>self</i> , o enfrentamento e resultados do desenvolvimento .....	47
Figura 3	Estrutura hierárquica do <i>coping</i> .....	50
Figura 4	Modelo geral de relações entre as variáveis associadas à dor de cabeça em adolescentes .....	62
Figura 5	Processo de seleção da amostra .....	66
Figura 6	Análise de redes de correlação entre indicadores gerais sócio demográficos, estressores, <i>coping</i> e qualidade de vida em adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	116
Figura 7	Análise de redes de correlações entre indicadores específicos sócio demográficos, estressores, <i>coping</i> e QV em adolescentes com com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	119

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação dos estágios de desenvolvimento do adolescente...	03
Tabela 2	Necessidades psicológicas fundamentais .....	46
Tabela 3	Engajamento ou desengajamento para que as necessidades psicológicas básicas sejam atendidas .....	46
Tabela 4	Necessidades básicas e principais fontes de estresse psicológico	48
Tabela 5	As 12 famílias de <i>coping</i> organizadas em torno de três preocupações (relacionamento, competência e autonomia), nível de perigo (ameaça vs. desafio), alvo do <i>coping</i> (self vs. contexto)	53
Tabela 6	Relações entre famílias de <i>coping</i> e processos adaptativos .....	55
Tabela 7	Características da amostra (n = 402) .....	65
Tabela 8	Características da amostra de adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	67
Tabela 9	Porcentagem de alunos na classificação segundo o SARESP 2014 .....	68
Tabela 10	Caracterização da dor de cabeça em adolescentes (N = 54) .....	88
Tabela 11	Média dos eventos considerados como ruins, bons e neutros na APES por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)....	90
Tabela 12	Frequência e percentual do nível de percepção negativa dos eventos por adolescentes com queixa de dor de cabeça na APES (N = 54) .....	91
Tabela 13	Graus de identificação dos adolescentes com queixa de dor de cabeça em relação às situações estressoras e as suas reações emocionais (N = 54) .....	64
Tabela 14	Avaliação das situações estressoras como desafio e a orientação do enfrentamento de adolescentes com queixa de dor de cabeça (N= 54) .....	96
Tabela 15	Avaliação de ameaça às necessidades básicas de Competência, Relacionamento e Autonomia, em relação às situações estressoras, por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	97
Tabela 16	Frequência, percentual e média das 12 famílias de enfrentamento, em relação às três situações estressoras, por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N= 54)	98
Tabela 17	Estressores da dor de cabeça segundo adolescentes (N = 54).....	101
Tabela 18	Frequência da dor de cabeça, percepção de estresse e de controle, por adolescentes (N = 54) .....	102
Tabela 19	Médias de estratégias de enfrentamento e respostas involuntárias ao estresse em adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	103
Tabela 20	Qualidade de vida de adolescentes com queixas de dor de cabeça (N = 54) .....	105
Tabela 21	Respostas mais frequentes sobre a Qualidade de vida de adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	107
Tabela 22	Diferenças significativas de gênero em relação a estressores, <i>coping</i> e qualidade de vida em adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	108
Tabela 23	Diferenças significativas entre indicadores de <i>coping</i> e qualidade de vida em adolescentes com queixa de dor de cabeça segundo a frequência de dor (N = 54) .....	109
Tabela 24	Diferenças significativas entre indicadores de <i>coping</i> e qualidade de vida em adolescentes com queixa de dor de cabeça com e sem consulta com o médico (N = 54) .....	111

Tabela 25	Diferenças significativas entre indicadores de estressores e <i>coping</i> em adolescentes com queixa de dor de cabeça com e sem diagnóstico de enxaqueca (N = 54) .....	112
Tabela 26	Diferenças significativas entre indicadores de enfrentamento e qualidade de vida em adolescentes com diferentes tempos de duração de dor de cabeça (N = 54) .....	113
Tabela B27	Quanto tempo sentiu a última dor de cabeça, frequência e intensidade (n = 386) .....	180
Tabela B28	Consulta com médico, a especialidade médica e se está em tratamento (n = 386) .....	181
Tabela B29	Diagnóstico do médico segundo o aluno (n = 160) .....	182
Tabela D30	Análise de consistência interna do Inventário de Percepção de Eventos (APES) (N = 54) .....	185
Tabela 31	MCT-12 (Lees, 2007, p. 294) .....	239
Tabela 32	Definições das Famílias de <i>Coping</i> .....	240
Tabela E33	Análise de consistência interna da escala de estratégias de enfrentamento ( <i>coping</i> ) para cada uma das 12 famílias com 3 situações (N = 54) .....	186
Tabela E34	Análise de consistência interna da escala de estratégias de enfrentamento ( <i>coping</i> ) para cada uma das 12 famílias com 2 situações (1 e 3) (N = 54) .....	186
Tabela E35	Análise de consistência interna da escala de estratégias de enfrentamento ( <i>coping</i> ) para cada subescala ( <i>coping</i> adaptativo e mal adaptativo) com 3 situações e 2 situações (N = 54), usando cada item das famílias .....	187
Tabela E36	Análise de consistência interna da Escala de Estratégias de Enfrentamento ( <i>coping</i> ) para cada subescala ( <i>coping</i> adaptativo e mal adaptativo) com 3 situações e 2 situações, usando a soma das medidas das situações (N = 54) .....	187
Tabela F37	Cinco Fatores (dimensões/domínios), as categorias de <i>coping</i> e seus respectivos itens do RSQ-H .....	188
Tabela G38	Análise de consistência interna da escala RSQ-H (n=16) .....	193
Tabela H39	Análise de consistência interna da escala RSQ-H (N = 54) .....	194
Tabela I40	Domínios da qualidade de vida, subescalas e respectivos itens ...	195
Tabela J41	Análise de consistência interna do questionário de qualidade de vida (QLHY) (N = 54) .....	197
Tabela N42	Eventos indicados como mais frequentes por adolescentes com queixas de dor de cabeça na <i>Adolescent Perceived Events Scale</i> (APES) (n = 54) .....	204
Tabela N43	Frequência das questões alternativas do RSQ- <i>Headache</i> e os tipos de domínios que correspondem as questões escolhidos por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	206
Tabela N44	Respostas referentes às questões de números 3 e 24 do RSQ-H (N = 54) .....	208
Tabela O45	Comparação de adolescentes do sexo feminino e masculino, quanto à idade, intensidade da dor e Estressores percebidos (N = 54) .....	209
Tabela O46	Comparação de adolescentes do sexo feminino e masculino e seu enfrentamento (N = 54) .....	210
Tabela O47	Comparação entre adolescentes do sexo feminino e masculino e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	211
Tabela O48	Comparação de adolescentes do sexo feminino e masculino quanto à qualidade de vida (N = 54) .....	212
Tabela P49	Análise comparativa da frequência de dor de cabeça por idade,	

	intensidade da dor e percepção de Estressores por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	213
Tabela P50	Comparação da frequência de dor de cabeça e estratégias de enfrentamento por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	214
Tabela P51	Comparação da frequência de dor de cabeça e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	216
Tabela P52	Comparação entre frequência de dor de cabeça e qualidade de vida (N = 54) .....	217
Tabela Q53	Comparação entre adolescentes com e sem consulta médica em termos de idade, intensidade da dor e percepção de Estressores (N = 54) .....	218
Tabela Q54	Comparação entre adolescentes com e sem consulta médica e estratégias de enfrentamento por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	219
Tabela Q55	Comparação entre adolescentes com e sem consulta médica e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	220
Tabela Q56	Comparação entre adolescentes com e sem consulta médica e qualidade de vida (N = 54) .....	221
Tabela R57	Comparação de adolescentes com e sem diagnóstico de enxaqueca, quanto à idade, intensidade da dor e Estressores percebidos (N = 54) .....	222
Tabela R58	Comparação de adolescentes com e sem diagnóstico médico de enxaqueca e seu enfrentamento (N = 54) .....	223
Tabela R59	Comparação de adolescentes com e sem diagnóstico médico de enxaqueca e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	224
Tabela R60	Comparação de adolescentes com e sem diagnóstico de enxaqueca médico quanto à qualidade de vida (N = 54) .....	225
Tabela S61	Comparação do tempo de dor de cabeça, quanto à idade, intensidade da dor e Estressores percebidos (N = 54) .....	226
Tabela S62	Comparação do tempo de dor de cabeça e seu enfrentamento (N = 54) .....	227
Tabela S63	Comparação entre tempo de dor de cabeça e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54) .....	228
Tabela S64	Comparação de tempo de duração de dor quanto à qualidade de vida (N = 54) .....	230
Tabela T65	Análise de mediação para coping na relação entre estressores e qualidade de vida (funcionamento psicológico) (N = 54) .....	231

## LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APA	American psychological association
APES	Adolescent Perceived Events Scale
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCEA	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRB	Coping Response Booklet
CTT	Cefaleia do Tipo Tensional
DC	Dor de Cabeça
EA	Enfrentamento Adaptativo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EE	Estratégias de enfrentamento
EF	Ensino Fundamental
EM	Ensino Médio
ENA	Enfrentamento Não Adaptativo
ET	Enfrentamento Total
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MeSH	Medical Subject Heading
MS	Ministério da Saúde
MTC	Motivational Theory of Coping
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
QLH-Y	Quality of Life Headache-Youth Questionnaire
QV	Qualidade de Vida
S1	Situação 1 – relacionamento com amigos: falta de lealdade entre amigos
S2	Situação 2 – relacionamento com os pais: inconsistência nas regras estabelecidas
S3	Situação 3 – relacionamento com amigos: ameaça de agressão e pressão social
SARESP	Sistema de Avaliação de Rendimento escolar do Estado de São Paulo
RSQ-H	Response to Stress Questionnaire-Headache
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## APRESENTAÇÃO

A dor de cabeça é um tema de interesse para muitas pessoas, leigas ou especialistas, que sofrem com as dores, tendo prejuízos no dia a dia e na qualidade de vida. Enquadrando-me nas duas condições, este foi tema de pesquisa no Mestrado (Mascella, Vieira, Beda & Lipp, 2014), ao integrar o grupo de pesquisa da Profa. Dra. Marilda Lipp, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, analisando as relações entre estresse, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com dor de cabeça, com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Considerando o estresse excessivo e os altos níveis de ansiedade e depressão encontrados nos resultados desse estudo, foi possível questionar o quanto essas consequências psicológicas negativas poderiam ser evitadas se, desde a adolescência, fossem enfrentadas de maneira adaptativa. A proximidade da adolescência para maturidade biológica da idade adulta pode fornecer as últimas oportunidades para realizar determinadas atividades para prevenir problemas de saúde na vida adulta, segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS], (OMS, 1986).

Esses questionamentos foram, então, retomados agora no Doutorado, ao participar dos estudos sobre processos de estresse e  *coping*<sup>1</sup> em adolescentes, como parte do grupo de pesquisa da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo, com bolsa de doutorado da CAPES, e apoio do CNPq<sup>2</sup>. Com um enfoque desenvolvimentista, analisou-se como adolescentes lidam com suas queixas de dor de cabeça, as relações com eventos estressores da adolescência e a qualidade de vida. Os dados foram analisados segundo uma perspectiva desenvolvimentista, pela Teoria Motivacional do *Coping* (Skinner & Edge, 2002; Skinner & Wellborn, 1994).

---

<sup>1</sup> *Coping*: do inglês, significando “lidar com”; equivalente a enfrentamento, processo de enfrentamento, estratégias de enfrentamento, usados de forma intercambiável neste estudo.

<sup>2</sup> CNPq/MCTI Proc. nº 308710/2013-4 – “Processos de enfrentamento em contextos de risco ao desenvolvimento de adolescentes”.

O estudo dessas relações localiza-se no campo da Psicologia Pediátrica, que é a definição normalmente mais aceita e utilizada para se referir ao “[...] *subdomínio da Psicologia da Saúde que se ocupa da saúde infantil e do adolescente. Esta especialidade nasceu do reconhecimento da relevância dos aspectos psicológicos (comportamentais, cognitivos e emocionais) para os problemas da saúde infantil*” (Barros, 2003, p. 19). Esta se constitui a Divisão 54 da *American Psychological Association* [APA] e demonstra, ao longo de sua história, um percurso construído eminentemente para atender às necessidades dos serviços de saúde hospitalar destinados à infância e/ou adolescência, proporcionando sustentação teórica e técnica aos profissionais na sua prática. Dessa forma, a Psicologia Pediátrica se desenvolveu como área da Psicologia a partir da prática, principalmente pela busca dos pediatras que se viram diante de um grande número de problemas de desenvolvimento, comportamento e educação, associados à prática médica (Menezes, Moré, & Barros, 2008).

Essa aproximação quotidiana entre a Psicologia e a Pediatria colaborou para o desenvolvimento de uma linguagem semelhante à usada pela equipe multidisciplinar, que se estabelecia para melhor dar conta das necessidades decorrentes, tanto do processo saúde e doença, como relação constituída pelo paciente, família e equipe. Atualmente, a Psicologia Pediátrica deve promover uma relação integrada e colaborativa entre psicólogos, pediatras e outros membros da equipe do setor primário de saúde, informando-os sobre quais são os problemas de comportamento e desenvolvimento que se apresentam com maior frequência, com a finalidade de que possam conduzir pesquisas clinicamente relevantes para as demandas relacionadas ao sector primário de saúde (Menezes et al., 2008; Robert & Steele, 2009).

É justamente nesta área multidisciplinar da Psicologia, voltada para Psicologia Pediátrica, que esta Tese se localiza, pretendendo identificar, descrever e analisar



como adolescentes com queixas de dor de cabeça (cefaleia<sup>3</sup>) enfrentam a dor e como esta afeta sua qualidade de vida. Para tanto, serão apresentados os principais conceitos estudados nesta pesquisa – a adolescência e vulnerabilidade, características e consequências da cefaleia no desenvolvimento, principais estressores da adolescência, estratégias de enfrentamento (EE) e qualidade de vida.

---

<sup>3</sup> Cefaleia: é sinônimo de dor de cabeça, segundo a Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) (2009a).

# 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de mudanças e de exposição a vários fatores de risco, entendidos como variáveis do ambiente que aumentam a probabilidade de que ocorra algum efeito indesejável no desenvolvimento (Sapienza & Pedromônico, 2005). Esses fatores de risco podem colocar o adolescente em uma condição de vulnerabilidade ou de susceptibilidade para um resultado (*outcome*) desenvolvimental negativo no contexto do risco ou adversidade (Masten & Gerwitz, 2006), podendo desenvolver diversas formas de psicopatologia ou ineficácia comportamental (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Esta é uma fase do desenvolvimento em que ocorrem alterações físicas e psicológicas; é quando o indivíduo inicia o processo de tornar-se independente dos pais e dar mais importância aos pares, e quer explorar uma multiplicidade de situações com as quais ele ainda não sabe bem como lidar, sendo que ocasiões importantes e aborrecimentos comuns ameaçam o bem-estar dos adolescentes (Sapienza & Pedromônico, 2005; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). Essa fase é agravada quando o adolescente apresenta um quadro de doença que pode ser incapacitante, como a dor de cabeça, já que esta, quando recorrente, leva a um comprometimento das atividades habituais, sendo importante causa de absenteísmo escolar e de procura em serviços de saúde (Puccini & Bresolin, 2003).

A forma como o adolescente lida com os estressores associados à dor de cabeça atua como mediador de sua reação, com consequências na sua qualidade de vida. Um estudo sobre dor crônica e sua relação com qualidade de vida mostraram uma relação positiva entre dor e estresse psicológico, queixas somáticas e incapacidade (Hunfeld et al., 2001). Considera-se dor crônica em termos temporais, quando a sua persistência se estende por mais de três meses e sua intensidade é suficiente para interferir nas atividades de vida diária (Puccini & Bresolin, 2003). Entre as dores crônicas, a cefaleia é uma das mais frequentes (Schechter, 2006). Pesquisar essas relações, descrevendo e analisando os estressores típicos para essa faixa

etária e as formas de enfrentamento da dor podem subsidiar intervenções psicológicas mais efetivas para essa população, além de contribuir para o estudo do *coping*, na área da Psicologia Pediátrica.

### **1.1. Adolescência**

Adolescência é um termo de origem latina do verbo *adolescere*, que significa desenvolver-se, crescer (Machado, 1977). De acordo com Bee (2003), o começo da adolescência é um período de transição, em que ocorrem mudanças significativas em quase todos os aspectos do funcionamento da criança. E o fim da adolescência é mais um momento de consolidação, quando o jovem estabelece uma nova identidade, com maior comprometimento e objetivos mais delineados.

A adolescência é uma época do desenvolvimento em que o indivíduo se depara ao mesmo tempo com alterações físicas e psicossociais, envolvendo várias questões desenvolvimentais difíceis e inter-relacionadas, assim como necessita alcançar a autonomia em relação aos pais, constituir relações amorosas, desenvolver e escolher uma identidade vocacional, entre outras tarefas (Havighurst, 1972). Atualmente, adolescência é um processo que define a passagem da infância para a vida adulta. Este período é definido como uma fase de transição do desenvolvimento marcado por importantes alterações físicas, cognitivas, emocionais, psicológicas e sociais inter-relacionadas (Papalia & Feldman, 2013), que leva à aquisição da autossuficiência para o gerenciamento da vida, sem o apoio dos pais (Kaplan & Sadock, 1999).

Contudo, nem todo processo é complicado, tanto que Aberastury e Knobel (1992) criaram o conceito de "*síndrome da adolescência normal*". As principais características desse conceito são: busca de si mesmo e da própria identidade, tendência grupal, conflitos religiosos, necessidade de intelectualizar e fantasiar, desorientação e indeterminação temporal, desenvolvimento do autoerotismo, caráter social reivindicatório e rebeldia, contradições nas manifestações da conduta,

afastamento progressivo entre pais e filhos, constantes flutuações de humor e estado de ânimo (Aberastury & Knobel, 1992; Griffa & Moreno, 2001; Reinhold, 2010).

Segundo a OMS (1986), a adolescência se inicia com a puberdade, isto é, com os primeiros sinais de desenvolvimento de características sexuais secundárias, e continua até que as mudanças morfológicas e fisiológicas se aproximam ao *status* de um adulto, geralmente perto do final da segunda década de vida. No Brasil, para o Estatuto da Criança e do Adolescente [ECA], a adolescência corresponde ao período entre 12 e 18 anos (ECA, 1990). A OMS (1977) considera adolescência as idades entre 10 e 19 anos, e as Nações Unidas definem como jovens pessoas entre 15 e 24 anos. O crescimento e maturação do ser humano são processos contínuos e as transições desde a infância até a idade adulta não são tão bruscas, mas o período da adolescência envolve mudanças rápidas do crescimento físico, da maturação e do desenvolvimento psicossocial. Caracteriza-se pela baixa presença da maioria das doenças infecciosas e crônicas, mas com altos riscos para saúde, associados ao uso indevido de substâncias, as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, violência nas suas diferentes formas e lesões acidentais e intencionais (Malta et al., 2010; OMS, 1977).

A Tabela 1 mostra a Classificação dos estágios de desenvolvimento do adolescente segundo a Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], estando dividido em seis períodos (Breinbauer & Maddaleno, 2008).

Tabela 1. *Classificação dos estágios de desenvolvimento do adolescente*

Estágios da adolescência	Média de idade
Pré-adolescência	9 a 12 anos – meninas 10 a 13 anos – meninos
Adolescência Inicial	12 a 14 anos – meninas 13 a 15 anos – meninos
Adolescência Média	14 a 16 anos – meninas 15 a 17 anos – meninos
Adolescência Tardia	16 a 18 anos – meninas 17 a 18 anos – meninos
Juventude	18 a 21 anos ambos os sexos
Idade Jovem Adulto	21 – 24 anos ambos os sexos

Fonte: Breinbauer e Maddaleno (2008, p. 216).

A adolescência média se caracteriza por uma importante abertura para o pensamento abstrato, maior habilidade para resolução de problemas, os comportamentos sócio-sexuais evoluem de menos íntimos para mais íntimos, é dada maior ênfase à segurança na amizade. E na adolescência tardia o corpo esta completando seu período de crescimento e mudanças, maior habilidade para planejamento antecipado e controle dos impulsos, aumento gradual na autonomia de valores e maior interesse em fazer planos para o futuro (Breinbauer & Maddaleno, 2008).

Os três principais desenvolvimentos típicos na adolescência são:

1) desenvolvimento físico, que corresponde ao crescimento físico e outras mudanças rápidas e profundas, quando ocorrem a maturidade produtiva, e os principais riscos para a saúde emergem de questões comportamentais, tais como transtornos de alimentação e abuso de drogas;

2) o desenvolvimento cognitivo, momento que se desenvolve a capacidade de pensar em termos abstratos e de usar o raciocínio científico; o pensamento imaturo persiste em algumas atitudes e comportamentos; a educação concentra-se na preparação para a faculdade ou para a profissão; e

3) o desenvolvimento psicossocial, com a busca pela identidade, incluindo a identidade sexual; o relacionamento com os pais muda, os amigos podem exercer influência positiva ou negativa (Papalia & Feldman, 2013).

Os adolescentes necessitam se adaptar a uma variedade de mudanças normativas e maior expectativa de se comportar de uma maneira mais madura. Eles também desenvolvem maior autocrítica e passam mais tempo julgando a si mesmos e avaliando como os outros os enxergam. Na adolescência, também se inicia a primeira de várias modificações relacionadas a transformações do “[...] *corpo (por exemplo, usar sutiã, usar desodorante, a menstruação, sonhos eróticos); mudanças sociais (por exemplo, primeiras paqueras e primeiros namoros); e autonomia comportamental cada*

*vez maior (por exemplo, ficar em casa sozinho, usar transporte público sozinho)”* (Breinbauer & Maddaleno, 2008, p. 144).

Recentemente, outros indicadores preocupantes da adolescência estão relacionados à saúde, como por exemplo, o excesso de peso, a depressão, a gravidez precoce e indesejada, o fumo, o uso indiscriminado de álcool, drogas e também as questões sociais, como, por exemplo, a violência, as condições de trabalho ruins e falta de perspectiva profissional, as poucas opções de lazer e escolas precárias (Nahas, 2015). E de acordo com um documento publicado em 2011 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) chamado “O Direito de ser Adolescente”, há um perfil preocupante dos adolescentes brasileiros, particularmente para os menos favorecidos: adolescentes negros, indígenas, jovens com deficiência, jovens que vivem nas periferias das grandes cidades, no Semiárido e a na Amazônia, com altas taxas de homicídio e adolescentes fora da escola (Nahas, 2015; UNICEF, 2011).

A adolescência também é um momento do aumento da autonomia em tomar decisões, e que para muitos adolescentes as suas emoções ultrapassam sua capacidade de tomar decisões, o que poderá colaborar para o desenvolvimento de problemas sociais, emocionais e biológicos (Reyna & Rivers, 2008; Steinberg, 2011). A seguir, são descritas duas abordagens que explicam o desenvolvimento de problemas nos adolescentes: a Abordagem Biopsicossocial e a Abordagem da Psicopatologia do Desenvolvimento.

A *Abordagem Biopsicossocial* (Engel, 1977) ressalta que os fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem para produzir os problemas que os adolescentes desenvolvem. Dessa forma, quando um adolescente se envolve em abuso de substância, pode ocorrer uma “[...] *combinação de fatores biológicos (por exemplo, hereditariedade e processos cerebrais), psicológicos (por exemplo, baixa realização e baixo autocontrole) e sociais (por exemplo, dificuldade de relacionamento com os pais e com os pares)*” (Santrock, 2014, p. 415).

A *Abordagem da Psicopatologia do Desenvolvimento*, mantém seu enfoque na descrição e na exploração dos caminhos “desenvolvimentais” dos problemas. Normalmente, envolve o uso de estudos longitudinais para acompanhar o desenvolvimento dos problemas ao longo do tempo (Burt & Roisman, 2010; Santrock, 2014; Véronneau & Dishion, 2010). Esta abordagem busca identificar os fatores de risco que podem predispor crianças e adolescentes a desenvolverem problemas, assim como os fatores de proteção, que possam colaborar a proteger crianças e adolescentes do surgimento de problemas (Bukowski, Laursen, & Hoza, 2010; Santrock, 2014). Essa abordagem vai além da Abordagem Biopsicossocial já que apresenta fatores que possam colaborar para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.

Os fatores de risco podem ser de origem biológica, psicológica ou social e são encontrados no indivíduo, no ambiente ou em ambos, de maneira combinada (Kopp & Kaler, 1989). Os fatores de proteção se referem às influências que transformam e melhoram as respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação (Carvalho, Moraes, Koller, & Piccinini, 2007). São os atributos mensuráveis do indivíduo, seus relacionamentos ou contextos particularmente associados com *resultados desenvolvimentais* positivos no contexto do risco ou adversidade (Masten & Gerwitz, 2006).

Contudo, nenhuma variável, isoladamente, é um fator de risco ou proteção, uma vez que alguns fatores podem ser de risco em uma situação e protetor em outra, dependendo exatamente da relação estabelecida entre as variáveis individuais e o contexto socioambiental (Tavares, 2001; Yunes & Szymanski, 2001). Considera-se que os problemas na adolescência podem ser divididos em categorias “internalizantes” e “externalizantes”. Os problemas *internalizantes* acontecem quando os indivíduos expressam seus problemas para seu interior, por exemplo, com ansiedade e depressão. Os problemas *externalizantes* acontecem quando os indivíduos expressam

seus problemas para o exterior, levando, por exemplo, à delinquência infantil (Kazdin, 1999).

As transformações que ocorrem podem ser percebidas pelo adolescente como um desafio que envolve um novo conjunto de exigências adaptativas. Quando não há uma concordância entre as mudanças ou desafios e, principalmente, os recursos pessoais, interpessoais e o apoio social são escassos, podem ter como consequência as reações de estresse (Cleto & Costa, 1996).

Quando uma situação considerada estressante perdura ou quando o indivíduo não consegue perceber o que está acontecendo consigo, essa duração prolongada pode desencadear sérios problemas para o jovem, tanto orgânicos como psicológicos. Entre os problemas orgânicos, a cefaleia é um importante sintoma a ser considerado (Lipp & Romano, 1987; Tricoli, 2010).

Uma mudança física importante na adolescência é o começo da puberdade, o processo que leva à maturidade sexual e à fertilidade, ou seja, a capacidade de se reproduzir (Papalia & Feldman, 2013). Características desta idade, como as variações psicológicas e hormonais, podem influenciar no surgimento e intensificação de algumas cefaleias (Gejer, 2001). Apresentamos a seguir uma caracterização dos tipos de dor de cabeça ou cefaleia.

## **1.2. Dor de cabeça – tipos, prevalência e impactos**

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaleia [SBCe] (2009a), “[...] *cefaleia é sinônimo de dor de cabeça e esse termo engloba todas as dores de cabeça existentes*”. Por ser na cabeça, e a maior parte das vezes no crânio, o estudo da cefaleia conseqüentemente coube aos médicos neurologistas (Raffaelli Jr., Silva Néto, & Roesler, 2005).

A cefaleia acompanha a história da humanidade. Diversos achados arqueológicos de antigas civilizações, alguns com data aproximadamente de 7.000 a.C., confirmam que muitos seres humanos já sofriam de dores de cabeça frequentes



e de forte intensidade. Naquela época, achava-se que pessoas que sofriam com dor de cabeça possuíam maus espíritos dentro da cabeça (Krymchamtowski, 2004). Contudo, foi em meados do ano 3.000 a.C. que a cefaleia, uma das doenças neurológicas mais comuns na população mundial, foi primeiramente descrita (Arruda & Guidetti, 2007; OMS, 1980). Foi a partir do trabalho de Harold G. Wolff, professor de Neurologia na Universidade de *Cornell*, que a cefaleia crônica passou a despertar o interesse em muitos médicos no mundo todo, através de sua publicação em 1948, o livro *Headache and Other Head Pain*. Este é um trabalho importante, que abordou tudo o que se conhecia sobre cefaleia até à época, segundo Raffaelli Jr. et al. (2005).

Em 1962, as cefaleias foram classificadas oficialmente por seis pesquisadores norte-americanos. Com a descrição de outros tipos de cefaleia, a Classificação das Cefaleias de 1962 teve que ser revisada e aumentada. Em 1982, foi fundada a Sociedade Internacional de Cefaleia, com a necessidade de uma classificação que incorporasse todos os tipos de cefaleia. A segunda Classificação das Cefaleias foi organizada em 1988, e em 2004 foi publicada a terceira Classificação das Cefaleias, com descrição de aproximadamente 300 tipos diferentes de dor (Raffaelli Jr. et al., 2005).

No Brasil, a área foi organizada na década de 70 do século passado, com a fundação da Sociedade Brasileira de Cefaleia [SBCe] em 1978. Entre seus principais fundadores está o médico neurologista e neurocirurgião Edgard Raffaelli Júnior (1930-2006), pioneiro no estudo da cefaleia na América Latina. Este médico também criou, em 1994, a revista *Migrâneas & Cefaleias*, que, em 2010, passou a ser chamada de *Headache Medicine*. Atualmente, os estudos das cefaleias no Brasil têm reconhecimento internacional (SBCe, 2013).

A cefaleia é uma das queixas mais frequentes na prática médica, e um grande problema de Saúde Pública. Estima-se que mais da metade da população apresente algum tipo de cefaleia em determinada fase da vida, e em grande parte, de forma crônica (Nobre, 2006).

De acordo com Topczewski (2002), a cefaleia não é uma queixa que está se tornando mais comum com o passar dos anos, porém, está sendo melhor avaliada, mais valorizada e estudada pelos especialistas. As modificações psicossociais, as mudanças da estrutura familiar, os novos e diversos hábitos alimentares, além da maneira de se viver, podem ser considerados como as principais causas pela maior incidência da cefaleia.

A cefaleia é aceita como um sintoma psicofisiológico, e tem sido considerada como preocupante, já que pode levar à redução e causar prejuízo nas capacidades do indivíduo. O conceito de diminuição das capacidades proposto pela OMS (2001) designa qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade de modo considerado normal para o ser humano, interferindo no livre desempenho das atividades de vida diária de uma pessoa, desde aquelas relacionadas à atuação profissional – como perda de dias de trabalho, evitar realizar atividades físicas, atividades de lazer e convívio social, até alterações no estado de humor (Bosco, 2006; OMS, 2001). Para a OMS (1980), as cefaleias estão entre as dez condições mais incapacitantes para os dois sexos, e entre as cinco mais incapacitantes para as mulheres (Lj et al., 2007; OMS, 1980).

Dados estatísticos norte-americanos, dinamarqueses e brasileiros informam a gravidade das perdas financeiras e o prejuízo na qualidade de vida causado pelas cefaleias. Índices do alto custo das cefaleias para a sociedade:

“(a) 93% da população em geral já teve dor de cabeça em alguma época da vida, desse número, 31% precisariam de tratamento médico em razão da incapacidade funcional que as crises causam; (b) 76% das mulheres e 57% dos homens relatam pelo menos uma dor de cabeça por mês; (c) a perda da produtividade na força de trabalho, nos Estados Unidos é estimada em 6,5 a 17,2 bilhões de dólares por ano; (d) entre as crianças, 39% aos 6 anos já sabem o que é ter dor de cabeça, e aos 15 anos, 70%; (e) nos Estados Unidos, calcula-se que são perdidos ao ano um milhão de dólares em dias escolares e

150 milhões em dias de trabalho por causa do absenteísmo provocado por crises de cefaleia” (Raffaelli Jr. et al., 2005, p. 25).

Segundo os critérios de classificação internacional das cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleias (2004), as cefaleias e as dores craniofaciais são classificadas como primárias ou secundárias e subdivididas em 14 grupos (Topczewski, 2002). *Cefaleias primárias* são aquelas que acontecem pela primeira vez sem ter uma relação temporal com outro transtorno, sendo atribuída como a causa de cefaleia, ou seja, é tanto a doença como o sintoma, não existindo nenhuma outra doença da qual poderia ser uma condição secundária. A *Cefaleia secundária* é aquela em que a dor de cabeça decorre de uma doença de base (Gejer, 2001).

Entre as cefaleias primárias, as mais corriqueiras são a Migrânea ou enxaqueca, as Cefaleias do Tipo Tensional (CTT), as Cefaleias em salvas e as demais cefaleias primárias menos prevalentes (Krymchamtowski, 2008). Na faixa etária pediátrica, as cefaleias primárias mais comuns são as CTT e a Migrânea (Gherpelli, 2002), que são descritas a seguir.

### **1.2.1. Cefaleias do tipo Tensional**

As Cefaleias do Tipo Tensional [CTT] são as mais comuns nos seres humanos, porém, os pacientes com CTT normalmente não procuram ajuda médica, recorrendo à automedicação de inúmeros fármacos inadequados e até contraindicados. Esse fato torna a CTT uma cefaleia de pouca prevalência em consultórios e centros especializados (Krymchamtowski, 2008).

Recorrer à automedicação é um comportamento prejudicial à saúde, pois até um medicamento simples como analgésico, pode causar danos ao organismo, além de encobrir a doença de base, que pode, dessa forma, progredir (Vilarino et al., 1998). Em estudo sobre a automedicação em crianças e adolescentes, a prevalência foi de 56,6%. A dor de cabeça estava entre as situações que mais motivaram a

automedicação, sendo que pessoas na faixa etária entre sete a 18 anos apresentam maior risco de automedicação (Pereira, Bucarechi, Stephan, & Cordeiro, 2007).

De acordo com a OMS (2001), a CTT é o tipo de cefaleia mais frequente e afeta dois terços dos homens e mais de 80% das mulheres. Segundo a SBCe (2009b), a CTT é um tipo de cefaleia primária, com diagnóstico clínico. Geralmente, a dor é caracterizada como uma sensação de aperto, pressão ou peso envolvendo a cabeça como uma faixa ou capacete. A localização é geralmente bilateral, tem intensidade leve a moderada, não causando um impedimento nas atividades de vida diária. Normalmente, não há sintomas associados, como náusea e osmofobia (reações a cheiros, perfumes) e vômito.

De acordo com Silva (2003), a CTT predomina no sexo feminino, a proporção mulher / homem é de 3,11:1. O início comum situa-se entre os 20 e 40 anos, o histórico familiar é pouco mencionado entre os pacientes e a forma episódica é mais frequente do que a crônica.

O estresse está relacionado com a manifestação e manutenção da CTT. Galego (2006) verificou estresse em 90% dos pacientes com Cefaleia Crônica Diária, e desses pacientes com estresse, em 94% apresentavam o predomínio de sintomas psicológicos (Galego, 2006). Um estudo realizado no Ambulatório de Cefaleias do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) de Niterói (RJ), no período de um ano (1999-2000), verificou que, entre os pacientes com Cefaleia do Tipo Tensional Episódica, 60% apresentavam ansiedade e 32% apresentavam sintomas depressivos. Foi concluído que depressão e ansiedade são comorbidades importantes em indivíduos com CTT, e negligenciá-las pode contribuir para a falência no tratamento sintomático ou profilático, levando para uma má qualidade de vida às pessoas (Matta & Moreira Filho, 2003).

Segundo Solomon e Fraccaro (1991), componentes emocionais podem ter um papel nas cefaleias tensionais; no entanto, a dor seguramente não é imaginária, ela envolve reais mudanças no corpo. As mudanças no corpo referem-se a contraturas

nos músculos da cabeça, do pescoço e da face. Outra teoria apontada pelos autores é a das causas emocionais conscientes e inconscientes. O estresse excessivo pode causar contraturas musculares. Observa-se que, muito provavelmente, os aspectos emocionais e bioquímicos operam em conjunto. Considera-se que as pessoas que sofrem de Cefaleia Tensional Crônica apresentam inabilidade ou dificuldade para relaxar.

Assim, duas comorbidades são notadamente encontradas entre indivíduos com CTT: a depressão e a ansiedade. Estas condições são mais frequentes e graves entre os indivíduos que sofrem com cefaleia do que na população geral (Matta & Moreira Filho, 2003). Em crianças pré-escolares, a manifestação clínica mais comum da depressão é representada por alguns sintomas físicos, entre eles a dor de cabeça (Bahls, 2002).

A cefaleia representa uma das principais causas que levam crianças e adolescentes ao atendimento em Neurologia Pediátrica, e é a terceira dor mais frequentemente mencionada na infância, precedida pelas dores abdominais e musculoesqueléticas (Kristjánsdóttir & Wahlberg, 1993; Moore & Shevell, 2004; Petersen, Brulin, & Bergström, 2006). De acordo com Fontenelle (2001), adolescentes que apresentam queixas de causas neurológicas motivam frequentes idas aos consultórios médicos, e geralmente apresentam crises convulsivas, cefaleia, distúrbios do comportamento e do aprendizado, entre outros problemas.

### **1.2.2. Migrânea**

Entre as inúmeras modalidades clínicas das dores de cabeça, a Migrânea (também chamada de enxaqueca) é uma das mais frequentes (Silva, 2003). O impacto da Migrânea para o indivíduo não se restringe apenas à crise de dor de cabeça, pois há evidências de que este tende a ter pior qualidade de vida em comparação a indivíduos que sofrem com cefaleias não-migranosas (Krymchamtowski, 2008).

Migrânea é uma forma de cefaleia primária, caracterizada por crises recorrentes de cefaleia, com frequência, duração e intensidades variáveis, sendo mais frequentemente hemicraniana (um lado da cabeça). Em geral, tem característica pulsátil, e pode vir antecedida ou não de aura – que são fenômenos que podem durar de alguns minutos até uma hora ou mais, sendo normalmente visuais e mais raramente somato-sensitivos (Bosco, 2006). Segundo Krymchamtowski (2008), a aura é definida como um sintoma inequivocamente provocado no encéfalo ou no tronco cerebral, que antecede, acompanha ou segue a crise de cefaleia da Migrânea.

A Migrânea pode vir acompanhada de distúrbios sensitivos, motores, distúrbios gastrointestinais (náuseas, vômitos e anorexia), apatia ou irritabilidade, e ser desencadeada por uma série de fatores tais como alimentos, bebidas alcoólicas, trauma, exercício físico, ruído, claridade, odores, redução de sono noturno e estresse (Bosco, 2006). Segundo Topczewski (2002), diversos estudos mostram maior frequência da Migrânea em parentes próximos, como pais, irmãos, avós e tios; ocorrendo essa incidência em 50 a 90% dos casos.

Segundo a pesquisa *Global Burden of Disease Study* (Estudo do Impacto Global das Doenças), a Migrânea aumenta com o passar dos anos de vida, estando à doença entre as 20 mais incapacitantes do ser humano, muito além do que várias outras condições, incluindo cegueira, paraplegia, angina e artrite reumatóide (Murray & Lopez, 1997), além de ser reconhecida como um problema de Saúde Pública de alta prioridade (Leonardi, Steiner, Scher, & Lipton, 2005).

De acordo com a OMS (2001), a Migrânea tem sido o tipo de cefaleia mais estudada, mesmo sendo a menos comum. Geralmente começa na puberdade, e afeta um grande grupo de pessoas entre os 35 a 45 anos, mas também pode afetar crianças e adolescentes.

Segundo Krymchamtowski (2008), uma metanálise de 24 estudos de prevalência, publicados antes de 1994, apontou que a Migrânea era mais comum em mulheres, e que o auge de prevalência ficava entre 35 e 55 anos, tanto no sexo

feminino quanto no sexo masculino. Uma segunda metanálise, que incluiu apenas estudos que utilizaram os critérios diagnósticos indicados pela Sociedade Internacional de Cefaleia, comprovou que Migrânea é mais prevalente em mulheres e que o pico de prevalência se dá entre a terceira e quarta décadas de vida. Em relação à incidência da Migrânea nas diversas localidades do mundo, sua prevalência não é uniforme, sendo maior na América do Norte, na América do Sul e na Europa Ocidental, intermediária na África e menor na Ásia.

Estudos realizados na Europa e na América do Norte revelam que, a cada ano, 6% a 8% dos homens e 15% a 18% das mulheres sofrem com Migrânea. Assim, sua maior frequência entre as mulheres, de duas a três vezes mais do que nos homens, se deve a fatores hormonais. Nos anos anteriores à puberdade, a Migrânea é mais comum entre meninos do que meninas; porém, no início da puberdade, é mais prevalente em meninas, e no final da adolescência, as mulheres são duas vezes mais propensas a sofrer de Migrânea do que os homens (Lipton & Bigal, 2005).

O começo da Migrânea pode ser precipitado por acontecimentos estressantes de maior intensidade, mas também com pequenos aborrecimentos do dia a dia. O estresse emocional é um dos principais fatores desencadeantes da Migrânea como também está relacionado com a duração e piora das crises (Galego, 2006).

Em uma pesquisa realizada no Ambulatório de Cefaleias do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) de Niterói (RJ), no período de março de 1998 a setembro de 1999, verificou-se que o estresse foi o desencadeante mais mencionado, respondendo pelo surgimento de crises de Migrânea em 76% dos pacientes (Ierusalimschy & Moreira Filho, 2002). No estudo de Mascella (2011), o estresse foi apontado como fator desencadeador por 80% das mulheres com Migrânea, sendo que 43,75% se sentiam impossibilitadas de trabalhar e 56,25% se sentiam impossibilitadas de realizar as atividades de lazer.

Como se vê, qualidade de vida dos indivíduos que sofrem com Migrânea está comprometida, por vários motivos: (a) essas pessoas têm maior incidência de dores

no corpo, limitação física e consideram-se com menor saúde mental. A Migrânea prejudica mais a qualidade de vida que a osteoartrite, diabetes, hipertensão e lombalgia, de acordo com Bigal, Fernandes, Moraes, Bordini e Speciali (2000), sendo tão incapacitante quanto à depressão; (b) há comprometimento na vida profissional, devido ao maior número de faltas e à menor atividade laborativa, secundárias à dor ou aos sintomas associados; (c) a vida social, familiar e escolar dos pacientes é comprometida. Esses fatores levam a um impacto físico, mental e social para os indivíduos que sofrem com Migrânea, bem como implicam em altos custos para a sociedade (Bigal et al., 2000). Nos adolescentes, a Migrânea afeta sua qualidade de vida (Powers, Hommel, & Hershey, 2004), o rendimento escolar (Powers, Patton, Hommel, & Hershey, 2003) e tem impacto na família (Galli, Canzano, Scalisi, & Guidetti, 2009). Estudos encontraram associação de sintomas de ansiedade e depressão, sendo mais intensa na Migrânea (Cahill & Cannon, 2005) e em meninas (Masi, Favilla, Millepiedi, & Mucci, 2000).

As pessoas que sofrem com dor de cabeça crônica apresentam também uma variedade de outras queixas que, na maior parte das vezes, não está relacionada à dor, ou seja, não ocorrem com a dor. Isso faz com que a pessoa não identifique que essas disfunções façam parte de um todo, no qual a cefaleia é o aspecto mais evidente. As disfunções, principalmente nos indivíduos com Migrânea, começam na infância, com tonturas, dores abdominais frequentes, dores nas pernas, bronquite que melhora espontaneamente antes da puberdade, entre outras. As queixas que ocorrem na infância podem continuar pela vida adulta, desaparecer ou piorar, ou mesmo serem substituídas por outras (Raffaelli Jr. et al., 2005).

Estudos feitos por Congdon e Forsyth (1979) com 300 crianças portadoras de Migrânea mostrou que, em 89% dos casos, as queixas tiveram início antes dos 11 anos de idade. De 108 crianças acompanhadas por 12 anos, 37 obtiveram uma remissão da Migrânea em 10 anos, sendo que não houve remissões após 18 anos de idade. Terwindt et al. (2000) apontaram, em estudo feito com adultos na Holanda, que



indivíduos com Migrânea apresentam mais comorbidades, como asma e dores musculoesqueléticas, além de maior comprometimento físico, mental e social, comparado com indivíduos com outro tipo de cefaleia, que não a Migrânea, ou outras doenças crônicas. A seguir são descritas as principais características da cefaleia na Adolescência.

### **1.3. Adolescência e cefaleia**

A cefaleia é um sintoma avaliado como muito antigo, mas, apenas no final do século XIX a cefaleia infantil ganhou atenção especial, com a publicação de um capítulo, em um livro de Pediatria geral, por William Henry Day. Este célebre pediatra britânico foi o pioneiro dos estudos sobre cefaleias na população infanto-juvenil. Teve, já no século XIX, a percepção do aumento da prevalência<sup>4</sup> dessa condição na sociedade (Arruda & Guidetti, 2007; Topczewski, 2002). Sigmund Freud, psicanalista e ele próprio sofredor de Migrânea, foi um dos primeiros a relatar a existência de Migrânea em crianças (Rodrigues, 2008).

As pesquisas na área das cefaleias na infância foram iniciadas por Bo Vahlquist e Bo Bille nos anos 50 do século XX, resultando na monografia “*Migraine in school children*” publicada em 1962 (Wöber-Bingöl, 2007). A obra de Bille é considerada a pioneira na área, uma referência clássica, que serviu para alertar a comunidade médica para o fato da cefaleia em crianças ser um sintoma com grande prevalência e com especificidades próprias dessa faixa etária (Arruda & Guidetti, 2007).

No estudo populacional de Bille, em 1955, em Uppsala, compreendendo cerca de 9.000 crianças em idade escolar, mostrou que a Migrânea aumentou de 1,4% na idade de sete anos para 5,3% aos 15 anos de idade. Com o avanço da idade, houve uma predominância cada vez maior de meninas. A comparação entre 73 crianças com

---

<sup>4</sup> Prevalência: mede quantas pessoas estão doentes. A *incidência* mede quantas pessoas tornaram-se doentes. Ambos os conceitos envolvem espaço e tempo- quem está ou ficou doente num determinado lugar numa determinada época (Pereira, Paes, & Okano, 2000, p. 2).

Migrânea mais severa e 73 crianças do grupo controle mostraram uma tendência maior no grupo de enxaqueca a apresentar dor abdominal, enjoo, perturbação do sono e sintomas ortostáticos (tontura) (Bille, 1981).

Nos anos seguintes, o interesse científico nesse campo conservou-se limitado, mas sua importância enfim foi reconhecida por pesquisadores do mundo inteiro. Inicialmente dirigidas aos aspectos epidemiológicos, às características clínicas e aos critérios diagnósticos, as pesquisas expandiram para as Ciências Básicas, Genética, Neurofisiologia, terapêutica, qualidade de vida e outras áreas (Wöber-Bingöl, 2007).

Atualmente, a cefaleia na infância passou a ocupar um lugar mais importante na clínica pediátrica, principalmente entre os neurologistas da infância e da adolescência (Topczewski, 2002). No Brasil, a cefaleia infantil, embora pouco estudada, tem alta frequência de ocorrência e se destaca como problema de saúde pública (Marchini Gorayeb & Gorayeb, 2002). Pesquisas mostraram, em crianças e adolescentes, uma prevalência entre 70% e 85% de dores de cabeça, e 40% tiveram pelo menos um episódio de dor de cabeça severa, sendo menor que mensal em 67,4%, mensal em 15,5%, semanal em 11,9% e diária em 5,2% (Larsson & Fitchel, 2012; Albuquerque, 2008). Na Europa, a prevalência de enxaqueca, em uma amostra de 36.000 crianças e jovens, foi 9,2% para ambos os sexos, de 5,2% em meninos e 9,1% em meninas (Stovner & Andree, 2010).

A dor de cabeça na infância é um fator de risco alto para se tornar uma dor crônica e persistente na idade adulta (Abu-Arafeh, Razak, Sivaraman, & Graham, 2010). Assim, a cefaleia na infância e adolescência é um assunto de grande relevância em Medicina, apesar de ser subestimado. O espectro do problema envolve, desde condições que causam risco de vida e necessita diagnóstico e tratamento imediato, até às cefaleias crônicas primárias, muitas vezes associadas a transtornos psiquiátricos (Wöber-Bingöl, 2007).

As cefaleias são comuns na criança e no adolescente, e é um dos relatos mais frequentes de sintomas físicos em adolescentes (Arruda, 2009; Gejer, 2001; Gherpelli,

2002; Hunfeld et al., 2001; Sheftell, Steiner, & Thomas, 2007; Sillampää, 1994). Por volta dos dois aos três anos de idade, atinge 4,3% das crianças, aumentando progressivamente até o início da vida escolar (Sillampää, 1994). Sua prevalência aumenta com o início da puberdade e da adolescência, sendo que antes da puberdade, os meninos são mais frequentemente afetados que as meninas, ocorrendo uma inversão desse padrão após a puberdade (Aquino & Fortes, 2009). A prevalência da dor de cabeça aumenta com a idade, sendo que nas meninas é mais elevada do que nos meninos (Albers, von Kries, Heinen, & Straube, 2015; King et al., 2011). Bigal e Lipton (2009) relataram que a prevalência de dor de cabeça sobe de 3-8% dos 3 anos de idade, para 57-82% dos jovens de 8 a 15 anos de idade. A prevalência na idade escolar, está entre 37-51% e, nos pré-escolares, entre 3-19% (Linnet, Stewart, Celentano, Ziegler, Sprecher 1989; Sillanpää, 1983; Topczewski, 2002).

Segundo Rothner (1987), dados epidemiológicos norte-americanos indicam que, ao redor dos 15 anos de idade, 15,6% das crianças apresentam cefaleia frequentemente e 54% têm cefaleia menos frequente, somando um total de 69,9% de prevalência de queixa de cefaleia. Em uma revisão de estudos epidemiológicos de crianças em idade escolar, a prevalência de qualquer tipo de dor de cabeça significativa esteve na faixa entre 37-51% em crianças de sete anos, aumentando gradualmente para 57-82% em 15 anos (Lewis et al., 2002). Uma pesquisa realizada por Sousa (2011), com 753 crianças e adolescentes com cefaleia, com idade entre 3 a 16 anos, 77,4% relataram queixa de cefaleia durante o último ano, e sua prevalência aumenta com a idade (25% com 3-5 anos) e 87,2% com mais de 15 anos de idade.

Na pesquisa de prevalência conduzida por Bille (1962), na cidade de Uppsala (Suécia), o autor obteve relato de ao menos um episódio de cefaleia em 40% das crianças aos sete anos e em 75% dos adolescentes aos 15 anos de idade (Arruda & Guidetti, 2007). Estudo mais recente, de Larsson e Fichtel (2012), realizado nas cidades de Uppsala e Östhammar, na Suécia, com 477 adolescentes na escola,

encontrou um número significativo (85%) teve dores de cabeça em qualquer nível de intensidade e 40% tiveram pelo menos um episódio de dor de cabeça severa.

No Brasil, uma pesquisa realizada por Fragoso, Padeiro, Moura e Moriyama (2000), em Santos SP, com 248 estudantes entre sete a 15 anos de idade, um total de 43,1% das crianças entrevistadas receberam algum tipo de diagnóstico de cefaleia crônica diária primária (CCDP). Um estudo epidemiológico realizado em São José do Rio Preto, no interior do Estado de São Paulo, encontrou alta frequência da cefaleia na infância e adolescência. Das 5.232 crianças e adolescentes da amostra, apenas 7,2% nunca haviam se queixado de cefaleia e 70% haviam apresentado esse sintoma ao menos uma vez no último ano. Entre os que já haviam se queixado de cefaleia, a frequência era menor que mensal em 67,4%, mensal em 15,5%, semanal em 11,9%, e diária em 5,2% (Albuquerque, 2008).

Para o estudo da epidemiologia da dor de cabeça pediátrica, foi realizada uma pesquisa transversal de uma amostra aleatória e proporcional de 538 estudantes do sexo masculino e feminino, de 10 a 18 anos de idade, das escolas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Os resultados mostraram a seguinte prevalência de dor de cabeça: 93,2% durante toda a vida, 82,9% no ano passado, 31,4% na semana passada, 8,9% nas últimas 24 horas. Considerando a última semana e as últimas 24 horas, as reclamações foram duas vezes mais prevalentes no grupo feminino (Barea, Tannhauser, & Rotta, 1996).

A dor crônica é um dos maiores problemas de saúde, com consequências em problemas pessoais graves e econômicos. Relatórios retrospectivos indicam uma porcentagem relativamente grande de pacientes adultos com cefaleia crônica que reportaram o começo dos sintomas no início da vida (Solomon, Lipton, & Newman, 1992). Dessa forma, a dor de cabeça afeta não somente o indivíduo, mas a família com quem ele convive e a sociedade como um todo (Stewart & Lipton, 1993), e sua prevenção e tratamento adequado são necessários.

Em estudo de revisão dos protocolos de pacientes com cefaleia, atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de junho de 2007 a outubro de 2010, foram encontrados 57 adolescentes, de 12 a 18 anos. Nos adolescentes, a Migrânea foi o diagnóstico mais frequente (57,8%), seguido de cefaleia tensional (15,7%) (Ramos et al., 2011). Esses dados mostram a baixa procura de adolescentes a serviços de saúde em decorrência de dor de cabeça. Em estudo de Coelho, Costa, Gomes, Santana e Lima (2005), realizado no Ambulatório de Neuropediatria do Hospital Universitário “Oswaldo Cruz”, em Recife (PE), dos 146 pacientes atendidos com idade inferior a 20 anos, 88 (60,27%) apresentavam Migrânea, 21 (14,37%) cefaleia do tipo tensional, sete (4,79%) cefaleia secundária e, em 30 casos (20,54%), não foi possível um diagnóstico na consulta inicial.

A cefaleia foi significativamente associada à insônia e outros distúrbios do sono (Sousa, 2011). É um dos principais motivos de faltas escolares, e suas interações sociais geralmente são problemáticas (Powers, Gilman, & Hershey, 2006), afetando, dessa forma, a qualidade de vida.

#### **1.4. Cefaleia e Qualidade de vida**

O conceito de qualidade de vida tem mudado e sido cada vez mais aplicado desde 1948, quando a OMS definiu a saúde como um estado de “[...] *bem-estar físico, mental e social*” (p.12). Em 1966, em um editorial da revista *Annals of Internal Medicine*, Elkinton recorre à introdução do conceito de Qualidade de Vida (QV) em pesquisa médica (Elkinton, 1966). Nos anos seguintes, a inclusão de uma medida para QV em estudos clínicos tornou-se cada vez mais aceita (Langeveld, 1998). Em 1977, o aumento do número de pesquisas e artigos para mensuração da QV resultou na inclusão do termo “qualidade de vida” como palavra-chave no *Medical Subject Heading* (MeSH) da *US National Library of Medicine* (PubMed). O número crescente de artigos nessa área tem comprovado o interesse pela QV nas duas últimas décadas (Masson, Monteiro, & Vedovato, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995), QV é “[...] a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 1405). Walker e Rosser (1988) definem QV como um conceito que abrange uma ampla gama de características físicas e psicológicas, as limitações da capacidade do indivíduo funcionar adequadamente, e a satisfação em realizar essas funções. Mais recentemente, Gonçalves e Vilarta (2004) compreendem QV pelo modo como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu dia a dia, envolvendo, dessa forma, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito.

De acordo com Prebianchi e Barbarini (2009), os indivíduos têm perspectivas particulares sobre QV, variando de acordo com seu estilo de vida atual, com os acontecimentos passados em suas vidas, suas esperanças e pretensões para o futuro. O interesse por QV demonstra, o reconhecimento do quanto a sociedade se preocupa por garantir a todos o acesso aos seus direitos e responsabilidades e, dessa maneira, pensar sua humanidade (Prebianchi, 2003). Na área da saúde, ainda de acordo com Prebianchi e Barbarini (2009), “[...] o interesse pela QV coincide com a nova concepção do processo saúde-doença como sendo determinado complexa e multifatorialmente, isto é, condicionado por aspectos socioeconômico-culturais, experiência pessoal e estilo de vida” (p. 355).

Para uso em crianças e adolescentes, o conceito de QV pode incluir os mesmos domínios do adulto, como, por exemplo, a resposta social e psicológica a uma doença. No entanto, o conteúdo desses domínios difere daquele do adulto. Crianças e adolescentes têm diferentes interesses, preferências e problemas e se envolvem em atividades relacionadas à idade. Além disso, as relações na escola são uma parte importante do seu funcionamento. Portanto, os instrumentos que medem QV em adultos não são geralmente aplicáveis em uma população-alvo pediátrica (Langeveld, 1998; Schipper, 1990).

De maneira geral, a complexidade da noção de QV e de seu relativo viés para as diferentes culturas e realidades sociais, portanto, diferentes instrumentos têm sido construídos. Alguns tratam a saúde como componente de um indicador composto, outros têm, na área da saúde, seu objeto propriamente dito. No primeiro indicador, encontra-se a concepção de que a renda, a saúde e a educação são três elementos fundamentais da QV de uma população, e, no segundo, seriam igualmente a percepção da saúde, os desempenhos sociais, psicológicos e físicos, bem como os prejuízos relacionados a eles (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Os instrumentos de QV permitem compreender e conhecer as consequências de uma doença sobre a vida do indivíduo, avaliando aspectos como as disfunções e os prejuízos físicos e emocionais, colaborando na decisão, planejamento e avaliação de determinados tipos de tratamentos (Leal, 2008). Os principais instrumentos para aferição da QV em pediatria são: *Child Health Questionnaire* (CHQ), instrumento para avaliação do estado de saúde, com o mesmo objetivo do SF-36 (*The Medical Outcomes Study Short Form*); o *Child Health and Illness Profile* (CHIP), que tem como finalidade avaliar o estado de saúde e bem-estar de crianças; o *Revised Children Quality of Life Questionnaire* (KINDLR), um questionário genérico para avaliação da QV; e o *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL), que é uma forma de instrumento modular, na qual há um questionário genérico que é completado por questionários de condições específicas (Kurashima & Santos, 2010).

Especificamente para mensurar a QV em crianças e adolescentes com cefaleia, o *Quality of Life Headache-Youth Questionnaire* (QLH-Y) foi utilizado em muitas pesquisas (Bandell-Hoekstra et al., 2002; Langeveld, Koot, & Passchier, 1997; Langeveld, Koot, & Passchier, 1999; Nodari, Battistella, Naccarella, & Vidi, 2002), assim como o PedsQL (Kernick, Reinhold, & Campbell, 2009; Powers et al. 2003; Powers et al., 2004). Outro instrumento também utilizado é o *Migraine Disability Assessment* (MIDAS) (Stewart et al., 1999). Entretanto, o QLH-Y foi um instrumento

criado exclusivamente para crianças e adolescentes com cefaleia crônica, além de abranger uma faixa etária maior.

Em artigo de revisão sobre instrumentos para a avaliação da QV relacionada à saúde em crianças com Migrânea, concluiu que o questionário *Pediatric Quality of life Inventory* (PedsQL, 4.0) foi o mais utilizado, sendo que os demais estudos utilizaram o *Child Health Questionnaire* (CHQ-PF50), *Migraine Specific Questionnaire* (MSQ), *Migraine Specific Quality of Life Measure* (MSQOL), *Quality of Life Headache-Youth Questionnaire* (QLH-Y) e o *Ecocultural Family Interview* (EFI). Desses questionários, apenas os instrumentos MSQ, MSQOL e QLH-Y são específicos para avaliar a QV relacionada à saúde de crianças e adolescentes com Migrânea. Há, portanto, a necessidade de se criar e utilizar instrumentos de avaliação da QV relacionada à saúde que valorizem as características das crianças e dos adolescentes, e que sejam apropriados a essa fase de desenvolvimento (Ferracini, Stuginski-Barbosa, & Speciali, 2010).

Mesmo sendo um problema comum de saúde, com altas taxas de incidência e prevalência, a cefaleia é normalmente subestimada e subdiagnosticada na infância e na adolescência. Esse quadro está associado à crença de que a cefaleia é exclusiva do indivíduo adulto, e, à desvalorização da cefaleia como queixa primária, isolada. Esses fatos revestem-se de enorme preocupação uma vez que são bem conhecidas as consequências da cefaleia na dinâmica da vida das crianças e adolescentes, restringindo as atividades escolares, sociais, recreativas e familiares (Sousa, 2011), interferindo diretamente na QV.

A qualidade de vida (QV) tem sido reconhecida como um importante indicador de resultado no impacto da dor de cabeça e o seu tratamento (Lipton, 1995; Solomon, 1997). O impacto da dor de cabeça na QV de uma criança é determinado pela capacidade da criança de lidar com dor de cabeça (McGrath & Unruh, 1987). Dessa forma, a dor de cabeça pode ser vista como um fator que requer enfrentamento, sendo assim, o impacto que a dor de cabeça tem sobre a QV é



influenciada pelas estratégias de enfrentamento que são utilizadas (Bandell-Hoekstra, Abu-Saad, Passchier, & Knipschild, 2000; Rudolph, Dennig, & Weisz, 1995).

Outro aspecto do enfrentamento e da QV, é o de que a insatisfação com aspectos importantes da vida pode manifestar-se em dores de cabeça através da influência de estresse (Bree, Passchier, & Emmen, 1990). Ou seja, quando as estratégias de enfrentamento são insuficientes para lidar com o estresse, o estresse pode desencadear dor de cabeça (Bandell-Hoekstra et al., 2000).

Uma pesquisa sobre experiência de estresse, tratamento afetivo negativo, QV e cefaleia em adolescentes, (Langeveld, Koot, & Passchier, 1999) encontrou que, independentemente do estresse e da afetividade negativa, a cefaleia afeta a QV nos seguintes domínios: estado funcional, satisfação com a vida em geral e satisfação com a saúde. Os efeitos da cefaleia na satisfação com a vida foram maiores em adolescentes que apresentam níveis mais elevados de estresse.

Hunfeld et al. (2001), em estudo sobre dor crônica em adolescentes e seu efeito na QV do adolescente e sua família, apontaram que as dores mais prevalentes foram dores nos membros, dor de cabeça, abdominal e nas costas. Meninas relataram dor mais intensa e mais frequente do que os meninos. Quanto maior a intensidade e frequência da dor, menor a qualidade de autorrelato da QV, especialmente sobre o funcionamento psicológico (por exemplo, sentir-se menos à vontade), estado físico (a maior incidência de outras queixas somáticas), e estado funcional (mais impedimentos para lazer e atividades diárias). A dor crônica também teve um impacto negativo sobre a vida familiar. As mães relataram restrições, em especial na vida social, e os problemas relacionados com o estresse da dor do adolescente. Foi utilizado o *Quality of Life Pain-Youth* (QLP-Y), que foi baseado no *Quality of Life Headache–Youth* (QLH-Y), desenvolvido por Langeveld, Koot, Loonen, Hazebroek-Kampschreur e Passchier (1996).

Um estudo recente mostrou que participantes com Cefaleia episódica ou crônica diária tiveram um escore de Depressão maior do que a população sem

cefaleia e faltaram à escola mais vezes e por longos períodos de tempo (Rousseau-Salvador et al., 2014). A cefaleia crônica está associada à má QV, menor produtividade no trabalho e no estudo, diminuição da atenção e concentração e dificuldades no relacionamento interpessoal; portanto, a resolução deste problema tem grande interesse social e econômico (Coelho et al., 2005).

Solomon, Skobieranda e Gragg (1993) concluíram que pacientes com dor de cabeça tinham significativamente pior funcionamento físico e social, e pior saúde mental do que os pacientes com doenças crônicas. O funcionamento associado com dores de cabeça crônicas foi pior do que o que se relaciona com as principais condições médicas crônicas, como, por exemplo, artrite e diabetes.

Em uma investigação onde o objetivo foi estudar o impacto da dor de cabeça na QV em adolescentes em uma amostra de base populacional (N = 1047, com idade entre 13 e 17 anos), os resultados apontaram que 48% dos adolescentes tinham dor de cabeça pelo menos uma vez por mês, tinham uma pequena redução na QV, por um déficit no bem-estar físico. Os adolescentes com Migrânea relataram reduções maiores em bem-estar físico e QV total do que indivíduos com CTT. O tamanho da redução dos escores de QV era pequeno, mas semelhante ao observado para outras condições crônicas em adolescentes. Os autores, concluíram que programas de prevenção da dor de cabeça podem, portanto, ter um impacto na QV em adolescentes (Milde-Busch et al., 2010).

Visando a descrever a QV de crianças e adolescentes em relação à dor de cabeça, foi realizado um estudo transversal em 2.815 crianças, com idade entre nove e 17 anos. Os resultados mostram que as crianças com maior gravidade no relatório dor de cabeça tiveram menor QV em geral e da menor qualidade na saúde, bem como a maioria dos problemas relacionados com o funcionamento físico, o impacto da dor de cabeça no dia a dia e atividades de lazer (Bandell-Hoekstra et al., 2002).

Dores de cabeça recorrentes têm um impacto sobre a vida dos jovens de inúmeras maneiras, incluindo faltas escolares e redução no desempenho, pois a dor

interfere na concentração e pode causar alterações cognitivas (Hart, Wade, & Martelli, 2003; Pimenta, Cruz, Rosseto, Dellaroza, & Kreling, 2006); diminuição de interações familiares em casa e diminuição da socialização com pares (Powers et al., 2003). Um estudo que examinou a QV numa amostra de crianças com dores de cabeça e comparou-o com crianças com outras doenças crônicas, mostrou o impacto na QV de crianças com Migrânea como semelhante ao de crianças com artrite e câncer. Concluem que a QV das crianças com dores de cabeça é significativamente afetada por sua condição de saúde. O impacto de dores de cabeça em QV é semelhante à encontrada para outras condições de doenças crônicas, sendo mais acentuada a deficiência na escola e funcionamento emocional (Powers et al., 2003).

A partir dos dados apresentados sobre cefaleia e QV, pode-se refletir o quanto alguns fatores de risco psicossociais podem agravar as crises de dor de cabeça, e o quanto o aumento das crises de dor pode expor a outros fatores de risco, tornando-se dessa forma um círculo vicioso. E a identificação de fatores de risco pode sugerir caminhos para a prevenção e o tratamento (Burt & Roisman, 2010; Lieberman, Chu, Van Horn, & Harris, 2011; Sandler, Wolchik, & Schoenfelder, 2011; Santrock, 2014).

### **1.5. Fatores de risco psicossociais para a dor de cabeça**

Cabe, inicialmente, definir “risco” - é um resultado da livre e consciente decisão de se expor a uma condição na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cuja trajetória se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico. A definição de fator de risco na área da saúde é uma variável que aumenta a probabilidade do indivíduo contrair determinada doença quando exposto a ela (Sapienza & Pedromônico, 2005; Schenker & Minayo, 2005). Os fatores de risco individuais estão relacionados às características como gênero, problemas genéticos, deficiência nas habilidades sociais, intelectuais e características psicológicas limitadas; e os de riscos ambientais, como a violência, ausência ou

fragilidade de suporte social e afetivo e o baixo nível socioeconômico (Paludo & Koller, 2005).

Na pesquisa de Murray e Lopez (1997), a *Global Burden of Disease Study* (Estudo do Impacto Global das Doenças) concluiu que dois importantes fatores de risco contribuem para o surgimento de doenças nas crianças, o primeiro é a desnutrição infantil (16% do impacto de todo o mundo), e o segundo é a falta de água potável, saneamento e higiene (7%), ou seja, derivados da pobreza. De acordo com Evans e Kim (2007), quantos mais anos os jovens entre sete e 13 anos passam vivendo na pobreza, mais altos são os seus índices de estresse psicológico.

Na atualidade, a situação de risco psicossocial envolve toda e qualquer vivência em que o jovem se depara com o estresse de forma significativa em sua vida, seja por questões de características individuais, seja pelas socioambientais (Amparo, Alves, & Cárdenas, 2004; Brasil, Alves, Amparo, & Frajorge, 2006; Morais & Koller, 2004). Ou seja, sofrer com uma dor crônica pode ser considerado um fator de risco psicossocial para as funções emocionais e de relacionamento. No estudo de Battistutta, Aliverti, Montico, Zin e Carrozzi (2009), adolescentes com cefaleia crônica apresentaram mais problemas comportamentais e emocionais, além de problemas sociais.

A experiência de sentir dor, em si, pode ser um importante fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (Holroyd, France, Nash, & Hursey, 1993), além de queixas de dores freqüentes estavam muitas vezes associadas ao aumento do risco psicossocial (Walker & Greene, 1989). Apresentar dor de cabeça é duas vezes mais frequente em adolescentes com depressão, e o surgimento da depressão maior na adolescência é preditivo de cefaleia em adultos jovens (Santos & Lippi, 2013). Os fatores psicossociais podem prever trajetórias de dor recorrente ao longo do tempo em toda a adolescência e na idade adulta (Abu-Arafeh, Razak, Sivaraman, & Graham, 2010; Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008).

No estudo de Silva Freitas et al. (2013), a sintomatologia depressiva esteve presente em 82,5% dos adolescentes. Outra pesquisa que avaliou 28 adolescentes com dor de cabeça, também relacionando com a sintomatologia depressiva e encontrou presença significativa destes sintomas em mais de 50% dos jovens estudados (Kaiser, 1992).

A dor entre as crianças e adolescentes tem sido identificada como importante problema de Saúde Pública, e sentir dor pode causar sérios comprometimentos temporários ou permanentes no funcionamento diário do indivíduo (Walker, Garber, & Greene, 1991; Roth-Isigkeit, Thyen, Stöven, Schwarzenberger, & Schmucker, 2005), levando a níveis elevados de faltas escolares e estando associado com várias comorbidades, particularmente em neurologia, psiquiatria e sistemas cardiovasculares (Bellini et al., 2013; Pavone et al., 2012). Pesquisas sobre as limitações funcionais em crianças com dor crônica ou recorrente são quase inexistentes, e há necessidade de uma maior exploração destas áreas (Palermo, 2000).

O modelo conceitual mais bem desenvolvido para entender as correlações psicossociais e o curso de queixas de dor em todo desenvolvimento é o Modelo Biocomportamental de Dor Pediátrica (Varni, Blount, Waldron, & Smith, 1995). Este modelo define: a) os eventos antecedentes (por exemplo, estresse, lesões), que desempenham um papel causal no início ou exacerbação da dor; b) os eventos (por exemplo, depressão, ansiedade), que pode ocorrer antes e durante um episódio de dor, e c) as consequências (por exemplo, redução nas atividades escolares, problemas comportamentais), que se estendem além do alívio da dor e podem incluir a longo prazo, prejuízo psicológico, incapacidade social e física. Alguns estudos têm demonstrado apoio para este modelo (Varni et al., 1996a; Von Weiss, Rapoff, Varni, Lindsley, Olson, & Madson, 2002).

Em estudo realizado em uma escola primária e duas escolas secundárias do distrito de Ostholstein na Alemanha, com o objetivo de investigar o impacto da dor percebida no cotidiano e atividades de crianças e adolescentes, concluiu que, das 749

crianças e adolescentes, 622 (83%) haviam experimentado dor durante os últimos três meses. Um total de 30,8 % das crianças e adolescentes afirmou que a dor esteve presente durante maior que seis meses. Dor de cabeça (60,5%), dor abdominal (43,3%), dor nos membros (33,6%) e dor nas costas (30,2%) foram os tipos de dor mais prevalentes entre os entrevistados. Crianças e adolescentes com dor relataram que sua dor causava as seguintes sequelas: problemas do sono (53,6%), incapacidade de realizar hobbies (53,3%), problemas alimentares (51,1%), ausência escolar (48,8%) e incapacidade de encontrar os amigos (46,7 %). Mais de dois terços dos entrevistados relataram restrições em atividades de vida diária atribuíveis à dor. E de 30 a 40% das crianças e adolescentes com dor relataram efeitos moderados de sua dor sobre a frequência escolar, participação em passatempos, manutenção de contatos sociais, apetite e sono, bem como o aumento da utilização dos serviços de saúde por causa de sua dor (Roth-Isigkeit et al., 2005).

A dor de cabeça pode alterar os aspectos do funcionamento da criança, levando a estados afetivos negativos, como, por exemplo, ansiedade, depressão e raiva, além de aumentar o risco de problemas psicossociais, como faltas escolares, interações sociais problemáticas (Powers et al., 2006). Os estressores psicossociais e o abuso de analgésicos e cafeína formam fatores importantes no agravamento da Migrânea, transformando-a numa cefaleia de ocorrência diária ou quase diária. São exemplos de estressores psicossociais na infância: as provas escolares, problemas na dinâmica familiar, dificuldades no relacionamento social e excesso de atividades extracurriculares (Arruda, 2009).

Uma revisão dos principais fatores de risco para cronificação da Migrânea subdivide os fatores de risco como modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são: frequência da cefaleia, uso excessivo de analgésicos ou cafeínas, comorbidade psiquiátrica (como, por exemplo, depressão e ansiedade), eventos estressantes, obesidade, distúrbios do sono (ronco e/ou apneia do sono), outras síndromes dolorosas e hipertensão arterial. Entre os fatores de risco não modificáveis, estão:

predisposição genética, sexo feminino, idade, história de trauma de crânio e traumas psicológicos (abuso e/ou negligência) na infância (Jesus & Peres, 2012).

A satisfação geral com a vida e saúde entre adolescentes escolares são reduzidas em decorrência da cefaleia (Langeveld, 1998). Por exemplo, as dores recorrentes podem levar a criança a usar e confiar em analgésicos e outras medicações ou ficar em casa devido à dor. Numa pesquisa de âmbito nacional realizado na Islândia, cerca de metade das crianças em idade escolar que realizaram relatórios semanais de dor de cabeça fizeram uso frequente de analgésicos (Kristjánsdóttir & Wahlberg, 1993).

Um estudo epidemiológico investigando variáveis de personalidade e estresse em relação à frequência, duração e intensidade da dor de cabeça em adolescentes com dores de cabeça frequentes, concluiu que estresse, problemas escolares e medo do fracasso tiveram uma relação positiva com a frequência e intensidade da dor (Passchier & Orlebeke, 1985). Carlsson, Larsson e Mark (1996) realizaram uma pesquisa onde o funcionamento psicossocial de 113 crianças em idade escolar (8-15 anos) relatando dores de cabeça pelo menos uma vez por mês, comparando a um grupo de indivíduos controles sem dor de cabeça. Em geral, os portadores de cefaleia tiveram mais queixas somáticas, estresse e sintomas psicológicos, além de estarem ausentes na escola devido à dor.

Karwautz et al. (1999) investigaram 341 crianças e adolescentes para avaliar a relevância de fatores psicossociais em dor de cabeça. Desse total, 151 indivíduos tinham Migrânea, 94 tinham CTT, e 96 pacientes serviram como controle, sem dor de cabeça. Fatores psicossociais foram considerados alguns aspectos, como condições familiares e de moradia, problemas escolares e relações no grupo de pares. Os pacientes com CTT, com mais frequência, tinham pais divorciados do que os controles sem dor de cabeça, e eles tinham menos relações entre pares do que pacientes com Migrânea e controles. Além disso, pacientes com Migrânea foram significativamente mais ausentes na escola devido à dor de cabeça. McGrath e Finley (1999) também

relataram que, em pessoas com Migrânea, o absentismo escolar parece ser maior do que para aqueles que sofrem de dor de cabeça que não seja enxaqueca.

Crianças com dor de cabeça, especialmente aquelas com Migrânea, relatam outras dores e sintomas físicos. Coerentemente, os pais dessas crianças relatam que seus filhos tenham sintomas significativamente mais somáticos do que os pais de crianças sem cefaleia. Crianças com Migrânea visitam a enfermaria da escola, fazem o uso de medicação e estão ausentes da escola por causa da dor de cabeça, com maior frequência do que aquelas com CTT (Laurell, Larsson, & Eeg-Olofsson, 2005).

Migrânea em crianças e adolescentes é causa uma redução significativa na frequência escolar, estando associada a transtornos de ansiedade e de humor, como depressão (Abu-Arefeh, & Russell, 1994; Bruijn, Locher, Passchier, Dijkstra, & Art, 2010; Virtanen et al., 2004). Em geral, adolescentes com dores de cabeça freqüentes apresentam níveis mais elevados de ansiedade ou sintomas depressivos, além de deficiência funcional, e relatam mais problemas diários em todas as áreas da vida do que aqueles com dores de cabeça infreqüentes (Fichtel & Larsson, 2002).

Pesquisa mais recente, como a de Arruda e Bigal (2012), teve como objetivo realizar um estudo de base populacional que descreve o desempenho escolar em crianças com Migrânea episódica (ME), Migrânea crônica (MC) e provável Migrânea (PM). Os resultados mostraram que ME ocorreram em 9% das crianças, PM em 17,6%, e MC em 0,6%. O mau aproveitamento escolar foi significativamente maior em crianças com ME e MC, em relação às crianças sem dores de cabeça, e foi influenciada pela gravidade e duração da dor de cabeça. Concluíram que crianças com Migrânea têm maior risco de ter prejuízo em seu desempenho escolar.

De acordo com Laurell, Larsson, Mattsson e Eeg-Olofsson (2006), existe um risco considerável de desenvolvimento e manutenção de dor de cabeça durante a infância. Diagnósticos de dor de cabeça devem ser reavaliados regularmente e o tratamento ajustado. Meninas e crianças com dor de cabeça freqüente apresentam um pior prognóstico e, portanto, a intervenção é particularmente importante nestes grupos.



Dor de cabeça é duas vezes mais comum em adolescentes deprimidos do que em adolescentes sem depressão (Pine, Cohen, & Brook, 1996). Em pesquisa que examinou a associação de sintomas psiquiátricos em crianças com Migrânea e CTT, encontrou-se que crianças com Migrânea tinham maiores problemas sociais e familiares do que aqueles sem dor de cabeça, e tinham níveis mais elevados de sintomas somáticos do que crianças com CTT (Anttila et al., 2004). Na pesquisa de Blaauw et al., (2015) escores mais altos de ansiedade e sintomas depressivos foram significativamente associados com dor de cabeça mais frequente.

Egger, Angold e Costello (1998) pesquisaram a associação entre dores de cabeça crônicas e distúrbios psiquiátricos do DSM-III-R definidos, incluindo a Depressão, Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Conduta, Transtorno Desafiador Opositivo e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, em uma amostra de 1.013 crianças, com idade entre nove e 15 anos. Foram estudadas crianças com dores de cabeça que duraram pelo menos uma hora e ocorreram pelo menos uma vez por semana durante os três meses anteriores à entrevista. Os resultados mostraram que meninas com depressão e transtornos de ansiedade tiveram significativamente maior prevalência de dores de cabeça que as meninas sem um transtorno de internalização. Esta associação não foi encontrada para os meninos, no entanto, o Transtorno de Conduta foi significativamente associado com dores de cabeça nos meninos.

Em uma pesquisa que teve como objetivo avaliar as funções cognitivas de crianças com e sem Migrânea, utilizando a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III), concluiu que, embora ambos os grupos tenham demonstrado um quociente de inteligência dentro da média, as crianças com Migrânea, quando comparados ao grupo controle, apresentaram desempenho inferior em várias funções cognitivas, como atenção, velocidade de processamento, memória e organização perceptual (Moutran et al., 2011). Indivíduos com Migrânea têm tendência a apresentarem pior desempenho em tarefas que necessitam de habilidades de memória verbal, velocidades de processamento visomotor e função executiva, quando

comparados a pessoas sem cefaleia (Sarmiento, 2008). Villa et al. (2009) avaliaram a atenção visual de crianças com Migrânea e compararam com um grupo controle. O grupo com Migrânea teve um desempenho inferior no Teste de Atenção Visual em comparação com o grupo controle, apresentando dificuldade em atenção seletiva e alternada.

Para melhorar esse quadro que envolve a dor de cabeça, além da ajuda médica, outros tratamentos são sugeridos na literatura, como por exemplo, a Terapia Cognitiva- Comportamental (Damen et al., 2006; Eccleston, Morley, Williams, Yorke, & Mastroyannopoulou 2002; Kazdin, 2002). Terapias Cognitivo-Comportamentais, envolvem técnicas e estratégias que se destinam a mudar as crenças ou sentimentos negativos sobre a dor (Morley, Eccleston, & Williams, 1999). A modificação do estilo de vida também é uma importante mudança a ser realizada (Termine et al. 2011; Bruni, Galli, & Guidetti, 1999).

De acordo com Singh, Alter, e Zaia, (2008) além dos fármacos utilizados para tratamento da dor de cabeça, outras modalidades são frequentemente chamadas de complementares. As abordagens psicoterapêuticas, como técnicas de relaxamento e Terapia Cognitiva-Comportamental, têm mostrado bons resultados para reduzir a frequência e intensidade de dor de cabeça em crianças e adolescentes (Damen et al., 2006; Kazdin, 2002; Eccleston et al., 2002), além da musicoterapia (Ozge et al., 2011).

Pistoia, Sacco, e Carolei, (2013), afirmam que o melhor resultado é obtido quando as terapias comportamentais são integradas com outros tratamentos, incluindo físico e intervenções farmacológicas. Reconhecer o problema e começar o tratamento, o quanto antes em crianças e adolescentes é crucial (Robbins, 2015). Para qualquer tipo de tratamento é importante o reconhecimento dos desencadeadores ou estressores que podem desencadear uma crise de dor de cabeça.

#### **1.5.1. Desencadeadores ou Estressores da dor**

A Figura 1 mostra o Modelo conceitual na gênese da dor, proposto por Levine e Rappaport (1984), modelo este que foi inicialmente utilizado para a dor abdominal

recorrente, mas pode ser considerado para outros tipos de dor, como a dor de cabeça e dor nos ombros. A principal característica deste modelo é que ele “[...] estabelece que a identificação de uma causa orgânica não deve excluir a análise dos aspectos emocionais, sociais, familiares e cognitivos envolvidos na gênese e expressão clínica da dor” (Puccini & Bresolin, 2003, p. S66).

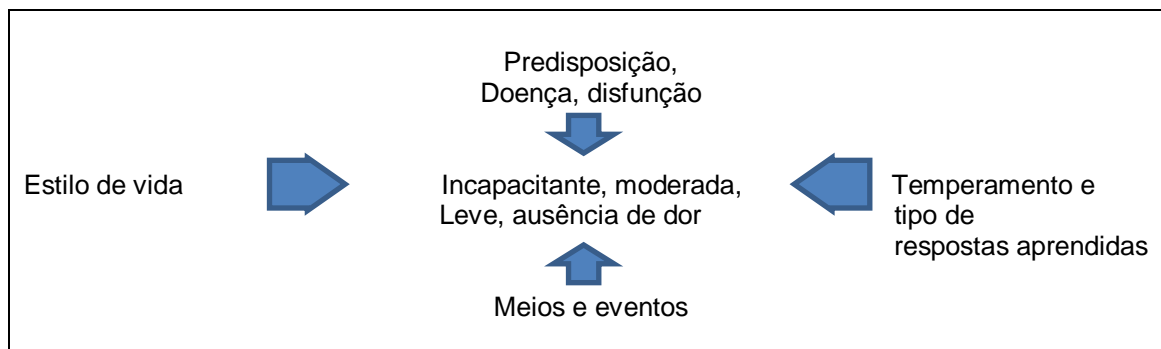


Figura 1. Modelo conceitual na gênese da dor.

Fonte: Levine e Rappaport (1984, citados por Puccini & Bresolin, 2003, p. S66).

De acordo com Wöber e Wöber-Bingöl (2010), a identificação de fatores desencadeantes ou precipitantes é freqüentemente recomendada como uma estratégia básica no tratamento de enxaqueca e da CTT. Muitos desses fatores desencadeantes estão relacionados com a enxaqueca, assim como para CTT, mas a sua prevalência pode ser diferente nos dois tipos de dor de cabeça. Entre os principais desencadeadores, estão: a menstruação; fatores ambientais, como, por exemplo, clima, luzes, ruídos e odores; além de estresse e outros fatores psicológicos; problemas de sono; fadiga e cansaço; o consumo de álcool; pular refeições, e possivelmente, a desidratação.

No estudo de Biglari, Karimzadeh, Klordkhey e Hashemi (2012) os fatores desencadeantes mais comuns em crianças com enxaqueca foram: estresse, barulho, dormir pouco, a fome e a luz; e os fatores que contribuem para melhora da dor foram dormir, analgésicos, silêncio, escuridão e comer. Em estudos internacionais, os “gatilhos” mais frequentes foram estresse, seguidos de fatores ambientais, e privação do sono (Chakravarty, 2010). Num estudo realizado no Brasil, com crianças e

adolescentes, que buscou identificar os principais fatores desencadeadores da dor de cabeça, sendo que 91% dos participantes identificaram um ou mais fatores desencadeantes, entre eles os mais frequentes estão os ambientais, seguidos por estresse e sono (Fukui et al., 2008).

Num estudo de 387 crianças com enxaqueca atendidas no Ambulatório de Cefaleia na Infância do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, foi constatado o relato de ao menos um fator desencadeante em 51% delas. Os fatores desencadeantes mais frequentemente observados foram: emoções negativas (49%), esforço físico (27%), alimentos (19%), odores (13%), esforço visual (11%) e exposição solar prolongada (8%) (Arruda, 1994).

Para Turner, Smitherman, Martin, Penzien e Houle (2013), três pressupostos básicos são identificados por determinação da causalidade em dor de cabeça: (1) a constância da dor, (2) a constância do efeito de gatilho, e (3) a constância da apresentação do gatilho. Uma avaliação válida de um possível desencadeador só pode ser realizada uma vez que estas três premissas básicas são contentadas durante os estudos dos disparadores da dor de cabeça.

O diário de cefaleia é um instrumento essencial no acompanhamento de pacientes com cefaleia, tendo na infância implicações diagnósticas e terapêuticas (Arruda, 2009). A realização de um diário ou calendário de anotação de dor de cabeça, quando bem orientado pelo médico e bem completado pelo paciente, colabora para o esclarecimento do diagnóstico, contribui no acompanhamento quanto à eficácia dos tratamentos, identificação e orientação no controle dos fatores desencadeantes quando possível e para pesquisa. A maior parte dos compêndios sobre cefaleia assegura que se deve incentivar o paciente a preencher um diário (Carvalho, 2008).

Nas crianças e adolescentes, o calendário ou diário de anotação de dor também deve ser utilizado, porém, essa anotação deve ter a colaboração de parentes, pais ou responsáveis (Coelho, Pereira, & Carvalho, 2000; Carvalho, 2008). Alguns estudos (Martin et al., 2014; Martin et al., 2015) sugerem uma maneira alternativa à

abordagem tradicional, que indica evitar todos os gatilhos de DC, implica em “aprender a enfrentar os desencadeadores da dor” (LCT do inglês *Learning to Cope with Triggers*), com o objetivo de dessensibilizar ou estabelecer tolerância aos desencadeadores. Entretanto, a sensação de ausência de controle da dor pode promover sentimentos de impotência (Overmier & Seligman, 1967).

Estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo sobre o relato de fatores desencadeadores de Migrânea em adolescentes apontou que o grupo mais frequente de fatores desencadeantes foi o ambiental (83%), principalmente sol ou claridade, seguido pelo clima quente e pelo cheiro de perfume, e, em segundo, o estresse (72%). Entre as situações de estresse como desencadeantes que foram dadas como exemplo aos adolescentes, 44% deles relataram estresse na escola, 18% estresse em casa e 18% com a família, 28% chorar, 22% conflitos, 50% discussões e 43% com preocupações (Fraga et al., 2013).

De acordo com o Modelo Biocomportamental de Dor Pediátrica (Varni et al., 1995), um antecedente fundamental para a dor recorrente é o estresse. O impacto dos eventos de vida negativos (por exemplo, divórcio dos pais, repetir o ano escolar) pode precipitar a dor, mais pesquisas têm enfatizado a importância de pequenos estressores diários (ou aborrecimentos) como precipitantes de dor (Miller, 1996).

Os adolescentes relatam como seus eventos mais estressantes pequenas frustrações e irritações do dia a dia, em especial situações que envolvem professores (escola) e pais (família) (Breinbauer & Maddaleno, 2008). Entre os principais estressores relacionados ao ambiente escolar, estão provas, notas e sentir-se pressionado (Burnett & Fanshawe, 1997; Puskar, Lamb, & Bartolovic, 1993). Já os estressores considerados do lar e da família incluem problemas de saúde de pais e irmãos, conflito com os pais, desentendimento ou divórcio dos pais (Forehand, Biggar, & Kotchic, 1998).

Refletindo sobre o que foi exposto anteriormente, sentir dor de cabeça é um fator de risco para o desenvolvimento de uma série de psicopatologias, além de trazer

consequências para as atividades diárias e escolares. Dessa forma, a dor torna-se uma fonte de estresse, que precisa ser enfrentada. A seguir, serão descritos conceitos de estresse e o enfrentamento ( *coping*).

### **1.6. Estresse e Enfrentamento**

O estresse faz parte da vida emocional no cotidiano das pessoas, e a adolescência é uma das mais estressantes da vida por várias razões. É importante uma compreensão das origens do estresse e do enfrentamento para a promoção da saúde, uma vez que a presença do estresse pode desencadear comportamentos comprometedores da saúde. O desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento saudáveis pode prevenir a iniciação desses comportamentos, ou mesmo combater ou reverter seus efeitos prejudiciais (Kaplan, 2004).

O endocrinologista Hans Selye descreveu um conjunto de reações não específicas que observou em seus pacientes com várias patologias, denominada de Síndrome de Adaptação Geral, em 1946. Propôs então, a *Teoria Sistêmica do Estresse* (Selye, 1946). Definiu essa reação do estresse, a qual, em 1976, foi redefinida como uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência: “[...] *um estado manifestado por uma síndrome composta por todas as mudanças não especificamente induzidas em um sistema biológico*” (Selye, 1976, p. 64).

Desde então, o conceito de estresse tem se modificado, tanto que Mason (1975) identificou três definições de estresse, ou três formas em que o termo “estresse” tem sido usado. Estresse pode se referir a: (a) um estado interno do organismo, às vezes referido como “tensão”; (b) um evento externo (ou “estressor”); (c) uma experiência que surge de uma transação entre a pessoa e o ambiente. Para Aldwin (2009), o estresse é, de fato, parcialmente função do ambiente, mas é também parcialmente função das características internas do indivíduo (psicológicas, hormonais e imunológicas).

A proposição de Richard S. Lazarus, em 1966, propõe uma visão transacional do estresse, que foi elaborada na *Teoria Psicológica do Estresse* (Lazarus & Folkman, 1984). Como um conceito relacional, não é entendido como uma forma específica de estimulação externa ou padrão fisiológico ou psicológico específico, nem reações subjetivas. Dessa forma, o estresse psicológico seria “[...] *uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pela pessoa como excedendo seus recursos e ameaçando seu bem-estar*” (p. 19)<sup>5</sup>. Neste esquema, a avaliação cognitiva de um indivíduo no que refere ao estresse – o reconhecimento de dano, perda, ameaça ou desafio – deve estar presente para que qualquer tipo de reação emocional ou fisiológica possa acontecer.

Ainda nessa concepção, Santrock (2014) considera o estresse como “[...] *a resposta dos indivíduos aos estressores, que são circunstâncias e eventos que os ameaçam e sobrecarregam suas habilidades de enfrentamento*” (p. 420). No Brasil, pesquisadoras como Lipp e Malagris (2001) definiram o estresse como:

[...] uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causadas pelas alterações psicofisiológicas, que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, amedronta, excita, confunde, ou mesmo que a faça imensamente feliz (p. 279).

Assim, a resposta do estresse deve ser compreendida como sendo um processo e não como uma reação estática e independente, pois no momento em que ela se inicia um longo processo bioquímico se instala. Lipp e Malagris (2001) assim descrevem este processo:

[...] independentemente do que causa a tensão, o início se manifesta de modo bastante parecido em todas as pessoas, com o surgimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e a sensação de estar em alerta. Só quando o processo está mais adiantado é que as diferenças se

---

<sup>5</sup> Do original [...] “*is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being*”.

revelam de acordo com a herança genética do indivíduo combinada com pontos de enfraquecimento desenvolvidos no decorrer da vida (p.279).

O estresse pode ou não provocar um desgaste geral do organismo dependendo da sua intensidade, do tempo de duração, da vulnerabilidade do indivíduo e da habilidade de manejá-lo. O desgaste ocorre de modo mais acentuado, quando a homeostase interna do organismo é perturbada por períodos longos ou de modo muito agudo (Lipp & Malagris, 2001).

Shonkoff, Garner, Siegel, Dobbins, Earls, McGuinn e Wood (2012) apresentam um relatório sobre o estresse tóxico, que ilustra como as primeiras experiências e influências ambientais podem deixar uma consequência duradoura sobre as predisposições genéticas que afetam a arquitetura do cérebro e a saúde ao longo da vida. O relatório também examina a extensa evidência dos impactos negativos do estresse tóxico, que liga a adversidade que ocorre prematuramente e prejuízos posteriores na aprendizagem, no comportamento, e no bem-estar físico e mental. Eles sugerem que muitas doenças dos adultos devem ser vistas como transtornos de desenvolvimento, que começaram na infância, e que os problemas persistentes de saúde associados à pobreza, à discriminação ou maus-tratos pode ser reduzida pelo alívio de estresse tóxico na infância.

A relevância do equilíbrio interno foi destacada pelo fisiologista Bernard em 1879, que ressaltou o conceito de que o ambiente interno de um organismo precisa ser conservado em equilíbrio, independentemente do que ocorre no ambiente externo. Cannon, também fisiologista, propôs o termo homeostase para determinar o equilíbrio que o organismo automaticamente procura manter a fim de preservar a sua vida (Lipp & Malagris, 2011).

É necessário entender o conceito de homeostase para o estudo do estresse, uma vez que a principal ação do estresse é justamente a quebra do equilíbrio interno, que ocorre devido à ação exacerbada do Sistema Nervoso Simpático e a



desaceleração do Sistema Nervoso Parassimpático, em momentos de tensão (Lipp & Malagris, 2011). A aceleração do organismo, por meio da ação de determinadas funções é, muitas vezes, importante para a preservação da vida, uma vez que leva o organismo a um estado de alerta, a fim de que se possa lidar com situações em que se tenha que atuar contra o perigo. Esta reação, quando adequada, deve ser percebida como uma defesa automática do corpo (Lipp & Malagris, 2001).

A inadequação ocorre, no entanto, quando a prontidão fisiológica não é necessária ou quando é excessiva. O que faz desencadear este processo, que leva a mudanças tão sérias no funcionamento do organismo, é o que Selye designou de estressor, para diferenciar a reação do estresse e do estímulo que inicia esta reação (Lipp & Malagris, 2001). Alguns estressores são agudos, são acontecimentos ou estímulos repentinos, como, por exemplo, se machucar; outros estressores são crônicos, ou de longa duração, como por exemplo, ter uma doença crônica (Santrock, 2014).

Portanto, a avaliação que é feita à percepção do potencial estímulo estressor, como seu desfecho e previsão, poder de controlá-lo e ameaça que representa, ganham importância. Esta percepção esclarece as diferenças individuais, em termos de qualidade, intensidade e duração de uma emoção produzida em contextos que são objetivamente iguais para diferentes indivíduos (Krohne, 2002).

De acordo com Lazarus (1993), o modo como o estressor é percebido e interpretado interfere no processo de enfrentamento do estímulo ou evento. Lazarus (1993) descreveu um processo de avaliação em dois momentos quando uma pessoa é confrontada com uma situação estressante: (a) *avaliação primária*, em que o indivíduo avalia o quanto a situação é estressante e a ameaça ou o prejuízo em potencial do evento. Se a pessoa interpreta o estímulo como suficientemente estressante, o próximo passo é uma avaliação secundária; (b) *avaliação secundária*, quando a pessoa considera sua habilidade de modificar a situação, controlar reações

emocionais negativas, avaliar as opções de resposta e escolher comportamentos de enfrentamento.

A capacidade de se adaptar ao estresse e as adversidades são uma faceta central do desenvolvimento humano. A adaptação de sucesso para situações de estresse inclui as maneiras pelas quais os indivíduos manejam as suas emoções, pensam de forma construtiva, regulam e direcionam o seu comportamento, controlam sua excitação autonômica, e agem sobre os ambientes sociais e não sociais como forma de alterar ou diminuir as fontes de estresse. Esses processos foram todos incluídos em diferentes graus no conceito do enfrentamento. Investigar as formas que estes vários aspectos de enfrentamento emergem e funcionam durante a infância e adolescência é fundamental para fazer avançar a compreensão dos processos de adaptação ao estresse (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

Um estudo com jovens de 12 a 19 anos, feito por Seiffge-Krenke, Aunola e Nurmi (2009), revelou que as percepções de estresse diminuíam no final da adolescência, e que as estratégias de enfrentamento ativas (como buscar conselhos com pais ou amigos sobre as dificuldades emocionais) e internas (como refletir sobre as diferentes soluções para resolver um problema) aumentavam quando os adolescentes amadureciam. E o estresse nos relacionamentos é especialmente comum nos adolescentes. Entre 46% e 82% dos eventos estressantes diários relatados pelos adolescentes, incluem relações interpessoais, principalmente conflitos com os pais, pares e parceiros amorosos. Através desse estudo, pode-se considerar que existem diferenças desenvolvimentais nos eventos estressantes e na maneira como o estresse é enfrentado.

Aproximadamente 25% dos adolescentes passarão por um evento estressor importante, como, por exemplo, a perda de um ente querido ou mesmo testemunhar um fato traumático. Os estressores mais comuns na adolescência estão relacionados à escola, e aos relacionamentos interpessoais (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

O estudo do estresse e do enfrentamento tem um grande percurso nas áreas da Psicologia, Sociologia e Medicina (Skinner & Wellborn, 1994). Um problema que gera discussões em qualquer tentativa de conceituar o enfrentamento se refere à necessidade de descomplicar os aspectos do estresse, e, dessa forma, defini-los independentemente e especificar suas relações mútuas. Desde o início do estudo sobre o estresse, pesquisadores ficaram impressionados com o vasto âmbito de diferenças individuais em reações fisiológicas e psicológicas para o mesmo estressor. Uma abordagem do estudo destas diferenças individuais tem sido o enfrentamento (*coping*) (Skinner & Wellborn, 1994). Dada a importância do assunto e da promissora literatura devotada a ele durante os últimos 50 anos, é surpreendente encontrar “[...] *as confusões em relação ao que significa enfrentamento e como este funciona no processo de adaptação*” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 117).

De acordo com Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998), o conceito de *coping* tem sido descrito como o conjunto das estratégias usadas pelas pessoas para se adaptarem a situações adversas ou estressantes. Para Aldwin (2009), o *coping* é uma, ou até mesmo a variável crucial na compreensão dos efeitos do estresse na saúde. Para Santrock (2014), “[...] *estratégias de enfrentamento envolvem o manejo das circunstâncias pesadas, empreendendo esforços para resolver os problemas vitais e procurando dominar ou reduzir o estresse*” (p. 423).

Numa perspectiva cognitivista e transacional, Folkman e Lazarus (1984) se referem ao conceito de *coping* como um conjunto de esforços, tanto cognitivos quanto comportamentais, que os indivíduos utilizam para administrar demandas interpretadas por ele como excessivas em relação aos recursos pessoais percebidos. As estratégias de enfrentamento podem ser focadas no problema ou na emoção, segundo esses autores.

O enfrentamento focalizado no problema inclui respostas, como a busca de informações, gerando possíveis soluções para um problema, e tomar medidas para mudar as circunstâncias que estão criando estresse (Folkman & Lazarus, 1985). Uma

revisão de 39 estudos revelou que o enfrentamento focalizado no problema estava associado à mudança positiva após vivência de trauma e adversidade (Linley & Joseph, 2004). E o enfrentamento focalizado na emoção envolve respostas, como expressar suas emoções, buscar consolo e apoio de outras pessoas, tentando evitar a fonte de estresse (Folkman & Lazarus, 1985), mas também envolve esquiva do problema, racionalização do que aconteceu ou mesmo negação de que o problema está acontecendo (Santrock, 2014). Em uma pesquisa de jovens de locais urbanos pobres, o enfrentamento focado na emoção estava relacionado a um maior risco para o desenvolvimento de problemas (Tolan, Gorman Smith, Henry, Chung, & Hunt, 2004). As duas estratégias de enfrentamento, tanto focalizado no problema, quanto na emoção podem ser positivas ou negativas, e muitas pessoas usam os dois tipos para lidar com circunstâncias estressantes. Contudo, em longo prazo, as estratégias de enfrentamento focadas no problema geralmente funcionam melhor (Romas & Sharma, 2010). Entretanto, essa divisão em *coping* centrado no problema ou na emoção tem problemas metodológicos, em certos casos não é muito clara e as categorias podem se sobrepor uma a outra (Skinner et al., 2003).

O *coping* é importante não só para a compreensão dos efeitos do estresse na vida das crianças e dos adolescentes, uma vez que descreve o papel ativo destes no processo transacional de lidar com os problemas e adversidades que a vida traz, mas, também, tem o potencial de julgar como estas situações moldam o desenvolvimento (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Na adolescência, os processos de *coping* são particularmente relevantes, porque, pela primeira vez, os jovens são confrontados com fontes de estresse muito diversas, para as quais poderão ainda não ter desenvolvido estratégias de *coping* eficazes (Seiffge-Krenke, Weidenmann, Fentner, Aegenheister, & Poebblau, 2001). De acordo com Compas (1987), o *coping* no adolescente, isto é, a competência para lidar com as tarefas específicas da idade, é a característica anterior mais consistente em termos de bem-estar psicológico.

Do ponto de vista da pesquisa básica, o *coping* representa um aspecto importante dos processos mais gerais de autorregulação, de emoção, cognição, comportamento, fisiologia e ambiente (Eisenberg, Fabes, & Guthrie, 1997; Skinner, 1992). A definição de enfrentamento como “ação da regulação sob estresse” (Skinner & Wellborn, 1994) refere-se a “[...] *como as pessoas mobilizam, guiam, administram, estimulam e dirigem o comportamento, a emoção e a orientação, ou como elas falham ao fazê-lo sob condições de estresse*” (p. 113). Coletivamente, estas definições moldam as ligações entre enfrentamento e o trabalho na regulação de processos básicos psicológicos e fisiológicos, incluindo emoção, comportamento, atenção e cognição, assim como os efeitos dos esforços regulatórios sobre os parceiros sociais e o ambiente (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Pesquisadores do *coping* concordam que o enfrentamento é um estudo fundamental para a compreensão de como o estresse afeta as pessoas, tanto para melhor, quanto para pior. Além de argumentarem que o modo como as pessoas lidam com estresse pode reduzir ou ampliar os efeitos de eventos adversos da vida, não apenas em sofrimento emocional e funcionamento de curto prazo, mas também no longo prazo, sobre o desenvolvimento das capacidades físicas e mentais saudáveis ou inadequadas (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003).

O modelo de Skinner difere do modelo de Lazarus e Folkman (1984), os quais entendem o *coping* como uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um estressor percebido, apontada para situações externas ou estados internos. Já Skinner (1992) compreende que o *coping* inclui respostas tanto volitivas e involuntárias ou automáticas para gerenciar as ameaças à competência, autonomia e relacionamento. Considera também que nenhuma definição do *coping* é completa sem a noção do papel central que o fator idade desempenha na modulação da adaptação individual ao estresse entre outras adaptações (Skinner & Edge, 1998).

O *coping* pode incluir respostas eficazes para lidar com o estresse, sendo que é visto não somente como um traço, mas como um construtor de atividades que varia

conforme o tipo de estressor, o seu domínio e o momento do próprio processo de *coping* (Skinner & Wellborn, 1997). Considerando que o modo como crianças e adolescentes lidam com o estresse pode influenciar o seu impacto imediato e futuro e o modo como se ajustam; isso pode favorecer trajetórias de desenvolvimento mais adaptativas e preceder melhores padrões de enfrentamento durante a vida adulta (Compas et al., 2001).

Este modelo de enfrentamento da *Teoria Motivacional do Coping* (*Motivational Theory of Coping* [MTC]) foi desenvolvida por Skinner e colaboradores (Skinner, 1992; Skinner & Edge, 2002; Skinner & Wellborn, 1994), com base na teoria da Autodeterminação (Deci & Ryan, 1985; Grolnick, Ryan, & Deci, 1989). Na *Teoria Motivacional do Coping* as EE são compreendidas como um processo transacional em que vários componentes da reação ao estresse aparecem em tempo real para que o indivíduo possa regular comportamento, emoção e orientação motivacional frente a eventos estressantes (Skinner & Wellborn, 1994). A seguir, serão apresentados os principais conceitos da Teoria Motivacional do *Coping*.

### **1.6.1. Teoria Motivacional do Coping**

Existem duas questões centrais que conduzem o estudo das motivações: (a) o que motiva o comportamento? e (b) o que direciona o comportamento? Uma resposta é que os comportamentos dos indivíduos são motivados e direcionados por necessidades psicológicas básicas (Decy & Ryan, 1985; Harter, 1985; Skinner & Wellborn, 1994). Este modelo motivacional postula três necessidades psicológicas básicas: a necessidade de Relacionamento, ou a necessidade de ter relacionamentos próximos com outras pessoas; a necessidade de Competência, ou a necessidade de ser efetivo ao interagir com o ambiente; e, a necessidade de Autonomia, ou a necessidade de determinar o próprio plano de ação (Skinner & Wellborn, 1994). A Tabela 2 apresenta a definição dessas três necessidades psicológicas fundamentais.

Tabela 2. *Necessidades psicológicas fundamentais*

Necessidade	Definição
Relacionamento	Necessidade de sentir-se conectado a outros de forma segura e a necessidade de sentir-se digno e capaz de amar (ou seja, autoestima).
Competência	Necessidade de interações efetivas com o ambiente (ou seja, alcançar resultados positivos e evitar negativos).
Autonomia	Necessidade de interações autodeterminadas (ou seja, escolha) com o ambiente.

Fonte: Skinner e Wellborn (1994, p. 104).

As três necessidades podem ser usadas para organizar um modelo de resultados comportamentais no contexto, no *self* e no agir. De acordo com este modelo, o alcance pelas quais as necessidades psicológicas básicas são atendidas determina se os indivíduos estarão engajados ou distanciados, como mostra a Tabela 3. Engajamento *versus* desengajamento inclui três componentes: comportamento motivado *versus* debilitado, emoção positiva *versus* negativa e orientação comprometida *versus* alienação (Skinner & Wellborn, 1994).

Tabela 3. *Engajamento ou desengajamento para que as necessidades psicológicas básicas sejam atendidas*

	Engajamento	Desengajamento
Comportamento	Motivado	Debilitado
	Iniciação, esforço, atenção concentrada, persistência e tentativas contínuas em face da derrota.	Evitamento, passividade, resistência, desistência, fuga.
Emoção	Positiva	Negativa
	Entusiasmo, felicidade, curiosidade, interesse.	Tédio, raiva, ansiedade, medo.
Orientação	Comprometimento	Alienação das metas de desenvolvimento da vinculação, competência e autonomia.

Fonte: adaptado de Skinner e Wellborn (1994, p.107).

Dessa forma, visto sob uma perspectiva desenvolvimentista, o *coping* é compreendido como um processo transacional em que diversos elementos da reação de estresse são acionados, coordenados e organizados em tempo real, para que as pessoas regulem o comportamento, emoção e orientação motivacional em condições de estresse psicológico (Skinner & Wellborn, 1994).

A Teoria Motivacional do *Coping* (TMC) considera a regulação do comportamento, emoção e orientação durante estresse psicológico. Portanto, quando as necessidades psicológicas das crianças são atendidas, elas irão lidar com o estresse de modo mais ativo, flexível e positivo. Contudo, quando as crianças sentem que suas necessidades foram ignoradas ou insultadas, elas irão reagir de forma passiva, rígida e punitiva. A tendência é que, durante o desenvolvimento, o enfrentamento se torne mais reflexivo, autorregulado e incorporado da metade da infância até a adolescência, bem como mais estável em direcionamentos adaptáveis ou inadequados. A Figura 2 ilustra um modelo do processo da relação entre o contexto social, o *self*, o enfrentamento e resultados no desenvolvimento. O engajamento ou distanciamento deve influenciar na criança resultados no longo prazo, observados como ganhos e perdas no desenvolvimento (Skinner & Wellborn, 1994).

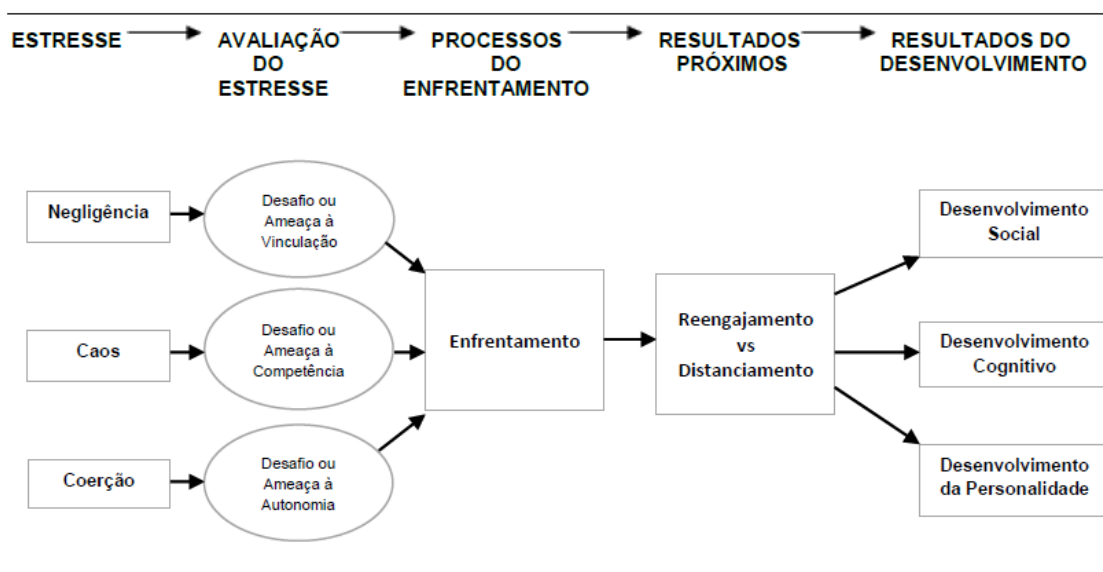


Figura 2. Modelo de processo da relação entre o contexto social, o *self*, o enfrentamento e resultados do desenvolvimento (Skinner & Wellborn, 1994, p. 107).

Na Tabela 4, estão descritas as categorias “envolvimento”, “estrutura” e “apoio a autonomia”, que se referem às três necessidades psicológicas básicas, e paralelamente, as categorias de maior estresse psicológico e suas principais consequências no desenvolvimento.



Tabela 4. *Necessidades básicas e principais fontes de estresse psicológico*

<b>Elementos que suprem as necessidades básicas</b>	<b>Resultados no desenvolvimento</b>	<b>Estresse psicológico</b>	<b>Resultados no desenvolvimento</b>
<p><i>Envolvimento</i> O envolvimento indica afeição e cuidado.</p>	Boa socialização entre adultos e crianças, boa autoestima.	<p><i>Negligência</i> Carência de envolvimento por importantes parceiros sociais, que estão fisicamente e emocionalmente indisponíveis, são frios e distantes, que não gostam de estar com a criança, ou até rejeitam e odeiam a criança.</p>	Baixa autoestima, depressão e afastamento.
<p><i>Estrutura</i> Estrutura denota informações sobre os caminhos para interagir com o ambiente, conduzindo para os resultados desejados.</p>	Segurança, autoconfiança e boa autoestima.	<p><i>Caos</i> Falta de estrutura no contexto social, relações caracterizadas por inconsistências, imprevisibilidades, falta de contingências, falta de normas, e expectativas vagas ou inconsistentes.</p>	Consequências psicológicas devastadoras nos aspectos emocionais, comportamentais e motivacionais.
<p><i>Apoio</i> Apoio à autonomia consiste em permitir liberdade de expressão por certos meios, como, escolha, respeito e mínimas restrições ou regras.</p>	Facilidade em se adaptar ao ambiente, responsabilidade sobre as atitudes e comportamentos.	<p><i>Coerção</i> Carência de apoio e de autonomia, envolve situações que restringem, manipulam ou controlam a criança.</p>	Motivação intrínseca sabotadora para o fracasso em incorporar normas e atitudes, inabilidade para regular o próprio comportamento, fracasso em desenvolver uma integridade própria.

Fonte: adaptado de Skinner e Wellborn (1994, p. 108 e 109), tradução livre da pesquisadora para uso na pesquisa.

É importante destacar que as funções do *coping* são diferentes das consequências do *coping*. As funções se referem ao propósito das estratégias, já as consequências se referem aos efeitos das estratégias, conforme pontuam Skinner et al. (2003). Estes autores propõem um sistema de “famílias” de enfrentamento, ou categorias de alta ordem, representando uma classe de preocupações organizadas em padrões de resposta ou tendências de ação, que mostram as funções adaptativas das estratégias e abarcam diversos níveis de categorias de baixa ordem.

### **1.6.2. Famílias de *Coping* segundo a Teoria Motivacional do *Coping***

O problema fundamental ao identificar categorias centrais é que o enfrentamento não é um comportamento específico inequivocamente observado, ou uma crença em particular que pode ser relatada. Em vez disso, é uma *construção organizacional* usada para abranger uma infinidade de ações que os indivíduos usam para lidar com experiências estressoras (Skinner et al., 2003). Como assinalado por Pearlin e Schooler (1978), “*Enfrentamento, em suma, certamente não é um comportamento unidimensional. Ele funciona em um determinado número de níveis e é alcançado por uma pletora de comportamentos, cognições e percepções*” (p.7-8).

Argumenta-se que é útil distinguir os diversos níveis no qual o enfrentamento pode ser conceituado, como retratado na Figura 3. No nível mais baixo, se encontram os *comportamentos de coping*. Estas são as incontáveis e mutáveis respostas em tempo real que os indivíduos utilizam em situações específicas de estresse, como, por exemplo, “*Eu usei as minhas meias da sorte no dia da cirurgia*” ou “*Eu li tudo o que eu consegui achar sobre o assunto*” (Skinner et al., 2003, p. 217). Em termos operacionais, estas são coletadas em relatos próprios de comportamentos de enfrentamento atuais ou por observações em tempo real. Nos níveis mais altos, estão os conjuntos de *processos adaptativos* básicos, que intervêm entre estresse e os resultados psicológicos, sociais e fisiológicos. Este nível se refere ao enfrentamento como uma “*estratégia de adaptação*” (White, 1974), servindo a funções evolutivas

maiores, tal como continuar a proteger informações sobre um ambiente ou fugir de uma situação potencialmente perigosa.

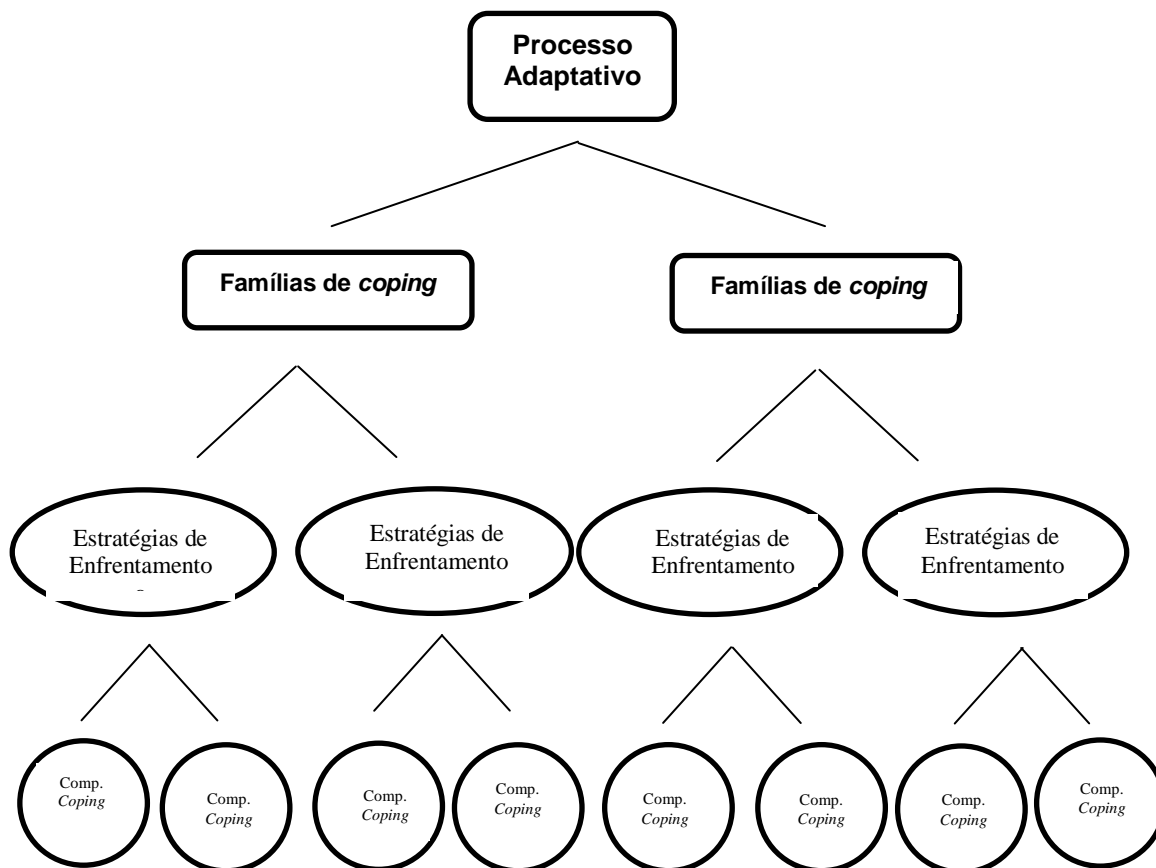


Figura 3. Estrutura hierárquica do coping.

Legenda. Comp.: comportamento.

Fonte: Ramos (2012, p. 57, traduzido de Skinner et al., 2003, p. 218).

As estratégias de enfrentamento são as categorias mais básicas utilizadas para classificar como as pessoas lidam com as situações. Eles capturam as maneiras como as pessoas atualmente respondem ao estresse, tal como através da busca por ajuda, ponderação, solução de problema, negação, ou reestruturação cognitiva (Skinner et al., 2003). As categorias descrevem o que acontece durante os episódios de enfrentamento, ou seja, “[...] respostas específicas de enfrentamento: os comportamentos, as cognições e as percepções nas quais as pessoas se engajam quando estão lutando com seus problemas diários” (Pearlin & Schooler, 1978, p. 5).

As *famílias de coping* são classificações das EE que fazem a ligação com os processos adaptativos, e são multidimensionais e multifuncionais (Skinner et al., 2003). O conhecimento de *família de enfrentamento* permite que diferentes EE sejam analisadas como participantes de um mesmo grupo, com base em características comuns. Todos os membros da mesma família são semelhantes num tipo particular de avaliação e um padrão típico de comportamento, emoção e orientação que caracterizam uma tendência de ação. Assim, as EE que são praticamente infinitas, dependendo das características específicas de um evento estressor, podem ser colocadas em um número infinito de categorias que sejam significativas (Skinner & Edge, 2002).

Procurando identificar e analisar como o *coping* tem sido conceituado, classificado e categorizado, Skinner et al. (2003) realizaram uma revisão de literatura e identificaram cerca de 100 estudos sobre esse tema ao longo de vinte anos. Uma lista de 400 categorias de enfrentamento foi compilada. Após a análise dos estudos, identificaram e descreveram um reduzido número de categorias de ordem superior ou famílias de enfrentamento principais, “[...] talvez uma dúzia ou assim, que pode ser usado para classificar a maioria, se não todas as formas de lidar identificadas em pesquisas anteriores” (p. 125). Dessa maneira, foram identificadas 12 famílias de enfrentamento: *Autoconfiança, Busca de suporte, Resolução de Problemas, Busca de Informações, Acomodação, Negociação, Delegação, Isolamento, Desamparo, Fuga, Submissão e Oposição*.

Para analisar categorias e sistemas usados para classificar o enfrentamento, revisou-se um grande número de medidas de enfrentamento. No entanto, elas não foram analisadas por suas propriedades de medição. Ao invés disso, concentrou-se em como estes sistemas categóricos foram criados. Considerou-se cerca de 100 esquemas utilizados durante 20 anos antes da revisão. Três estratégias primárias foram utilizadas para localizar sistemas de categorias. Primeiramente, foi realizada uma busca por artigos e capítulos que descreviam a construção de uma medida do

*coping*; então, uma segunda estratégia foi consultar revisões de artigos existentes das listas de medidas e, finalmente, e de forma menos sistemática, foi tentado identificar as avaliações utilizadas frequentemente nas pesquisas e procurar os artigos nas quais as medições eram descritas mais claramente (Skinner et al., 2003).

Nesse sistema, cada família representa uma classe de preocupações organizadas em padrões de resposta ou tendências de ação, que podem envolver várias categorias de baixa ordem e que devem ser utilizadas como critério para que uma determinada estratégia possa ser membro daquela família. Distintas EE são acionadas caso a avaliação do estressor seja percebida como *ameaça* ou *desafio*, tanto ao *self* (si mesmo) como ao *contexto* (Skinner et al., 2003), como mostra a Tabela 5.

O primeiro conjunto - desafio ou ameaça à necessidade de Relacionamento - envolve a avaliação da disponibilidade ou ausência de terceiros em quem confiar; a necessidade de se sentir seguramente ligada a outros e a necessidade de se avaliar como valoroso e capaz de amar. As famílias relacionadas às avaliações de desafio ao Relacionamento são: *Autoconfiança* e *Busca de suporte*; e as associadas à avaliação de ameaça ao Relacionamento são: a *Delegação* e o *Isolamento*. O processo adaptativo corresponde à coordenação da confiança e dos recursos sociais disponíveis (Skinner et al., 2003).

No segundo conjunto de famílias - desafio ou ameaça à necessidade de Competência – compreende a avaliação de oportunidade ou ameaças ao controle e à necessidade de autodeterminação. A avaliação de desafio à Competência abrange as famílias de enfrentamento de *Resolução de problemas* e *Busca de informações*; e, na avaliação de ameaça à Competência, envolve as famílias de *Desamparo* e *Fuga*. O processo adaptativo aqui corresponde à coordenação de ações e contingências (Skinner et al., 2003).

Tabela 5. As 12 famílias de coping organizadas em torno de três preocupações (relacionamento, competência e autonomia), nível de perigo (ameaça vs. desafio), alvo do coping (self vs. contexto)

	RELACIONAMENTO		COMPETÊNCIA		AUTONOMIA	
	Desafios ao		Desafios ao		Desafio ao	
	Self	Contexto	Self	Contexto	Self	Contexto
	Autoconfiança	Busca de Suporte	Resolução de problemas	Busca de informações	Acomodação	Negociação
<b>COMPORTEAMENTO</b>	Assumir/arcar	Busca de conforto Busca de ajuda	Planejar estratégias	Estudar Observar	Cooperação Concessão Empenho	Compromisso
<b>EMOÇÃO</b>	Acalmar-se Aceitar Responsabilidades Preocupações com os outros	Confiança	Encorajamento Determinação Confiança	Interesse Otimismo Esperança	Aceitação	Ausência de culpa Assumir a perspectiva do outro
<b>ORIENTAÇÃO</b>	Proteção Blindagem	Reconhecimento Valorização	Reparação Domínio	Prevenção Planejamento	Compromisso Convicção	Tomada de decisão Definição de objetivos Definição de prioridades
	Ameaças ao		Ameaças ao		Ameaças ao	
	Self	Contexto	Self	Contexto	Self	Contexto
	Delegação	Isolamento	Desamparo	Fuga	Submissão	Oposição
<b>COMPORTEAMENTO</b>	Dependência Exigência Depender de outros Importunar	Afastamento Paralisar	Tentativas aleatórias Autoflagelação Sucumbir	Escapar Evitação	Perseveração Rigidez Apatia	Agressão
<b>EMOÇÃO</b>	Autopiedade Lamentação Vergonha	Solidão Desolação Saudade	Dúvidas Desanimo Culpa	Pessimismo Desesperança Medo	Autoculpa Descontentamento/ Desgosto	Projeção Culpar os outros Desabafo Explosão Raiva
<b>ORIENTAÇÃO</b>	Abandono Irritação	Desconectar-se	Pânico Confusão	Procrastinação	Obsessão Ruminação Pensamentos intrusivos	Vingança

Fonte. Ramos (2012, p.61, traduzido de Skinner et al., 2003, p. 239; para uso em pesquisa).

No último conjunto - desafio ou ameaça à necessidade de Autonomia – contém a avaliação das oportunidades ou ameaças à ação autodeterminada e à necessidade de interações eficazes com o meio, com a finalidade de alcançar consequências positivas e evitar as negativas. Na avaliação de desafio à Autonomia, encontram-se as famílias de *Acomodação* e *Negociação*; e, na avaliação de ameaça à Autonomia,

estão a *Submissão* e a *Oposição*. Neste terceiro conjunto, o processo adaptativo abrange a coordenação de preferências e opções disponíveis (Skinner et al., 2003).

Cada família deste sistema pode reunir várias EE, assim as famílias de *coping* representam instâncias mais altas de categorização de determinadas estratégias, que fazem o vínculo das EE com os processos adaptativos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Essa relação pode ser visualizada na Tabela 6.

Tabela 6. *Relações entre famílias de coping e processos adaptativos*

<b>Desafio ou ameaça</b>	<b>Família de <i>coping</i></b>	<b>Função da família no processo adaptativo</b>	<b>Processo adaptativo</b>
<b>Competência</b>	<b>Solução de problema</b> Planejar estratégias Ação instrumental Planejamento	Ajustar ações para ser efetivo	
	<b>Busca de informação</b> Leitura Observação Perguntar a outros	Encontrar contingências adicionais	
	<b>Desamparo</b> Confusão Interferência cognitiva Exaustão cognitiva	Encontrar limites para ação	Coordenar ações e contingências do meio
	<b>Fuga</b> Evitação comportamental Afastamento mental Negação Pensamento desejoso	Fugir de ambientes não contingentes	
<b>Relacionamento</b>	<b>Autoconfiança</b> Regulação emocional Regulação comportamental Expressão emocional Aproximação emocional	Proteger recursos sociais disponíveis	
	<b>Busca de suporte</b> Busca de contato Busca de conforto Ajuda instrumental Referência social	Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis
	<b>Delegação</b> Busca de suporte mal adaptativo Reclamação Lamentação Autoculpa	Limitação no uso de recursos	



Tabela 6. (continuação) *Relações entre famílias de coping e processos adaptativos*

<b>Desafio ou ameaça</b>	<b>Família de coping</b>	<b>Função da família no processo adaptativo</b>	<b>Processo adaptativo</b>
	<b>Isolamento social</b> Afastamento social Dissimulação Evitação de outros	Abster de contextos sem suporte	
<b>Autonomia</b>	<b>Ajustamento/Adaptação</b> Distração Reestruturação cognitiva Minimização Aceitação	Ajuste flexível de preferência às opções	
	<b>Negociação</b> Barganha Persuasão Estabelecimento de prioridade	Encontrar novas opções	
	<b>Submissão</b> Ruminação Perseveração rígida Pensamentos intrusivos	Desistir das preferências	Coordenar as preferências e opções disponíveis
	<b>Oposição</b> Culpar outros Projeção Agressão	Remover obstáculos	

Fonte: Baseado em Skinner e Zimmer-Gembeck (2007, p. 126; tradução livre para uso em pesquisa).

Esta abordagem tem sido utilizada em várias pesquisas internacionais (Beers, 2012; Kramer & Drapeu, 2009; Lees, 2007; Skinner & Edge, 2002; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008, 2011; Zimmer-Gembeck, Lees, Bradley, & Skinner, 2009; Zimmer-Gembeck, Lees, & Skinner, 2011) e nacionais (Carnier, Padovani, Perosa, & Rodrigues 2015; Foch, 2015; Garioli, 2013; Guimarães, 2015; Hostert, 2010; Justo, 2015; Martins, 2011; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Oliveira, 2013; Ramos, 2012; Ramos, Enumo, & Paula, 2015; Silva, 2013; Silveira, 2014). Entretanto, ainda não há estudos com a população de adolescentes com cefaleia.

### **1.6.3. Processos de enfrentamento da cefaleia**

A dor é uma fonte de estresse, pois primeiramente ela é essencialmente ameaçadora e aversiva; e secundariamente ela interfere nas tarefas do dia a dia, e provoca o estresse associado à depressão. Existem várias dicotomias usadas em relação ao enfrentamento da dor. Uma dicotomia usada frequentemente é a diferenciação do enfrentamento “ativo” *versus* o “passivo” (Van Damme, Crombez, & Eccleston, 2008).

O enfrentamento ativo se refere às estratégias utilizadas no controle da dor ou na execução de uma atividade na presença da dor (por exemplo, tentar distrair-se). O enfrentamento passivo está relacionado ao afastamento e ao se render a dor (por exemplo, tomar medicamento para ver se a dor desaparece). Outra dicotomia está no enfrentamento da “aproximação” *versus* da “evasão”. O enfrentamento da aproximação apresenta estratégias de engajamento com a dor ou com as suas causas, e a evasão descreve as estratégias de reunir esforços para distanciar-se da dor. Outro modo de considerar as estratégias de enfrentamento é a distinção do enfrentamento com “foco no problema” e com “foco na emoção”. O primeiro se refere às tentativas de lidar diretamente com a dor ou resolver os problemas relacionados a ela (por exemplo, tentar algo específico para reduzir a dor), o segundo lida com as

respostas emocionais à dor e ao estresse que ela provoca (por exemplo, solicitar apoio emocional de pessoas próximas em relação à dor) (Van Damme et al., 2008).

De acordo com Skinner et al. (2003), existem diversas opções para lidar efetivamente com a dor. De maneira brusca, por exemplo, quando uma pessoa tenta remover ou controlar a dor, ou tentando se adaptar ou aceitar a dor. Se uma das respostas é adaptável ou não adaptável dependerá da situação, assim como a natureza da dor. Tentar remover ou controlar a dor poderá ser uma resposta adaptável para a dor aguda e controlável, mas pode se tornar prejudicial quando a dor persistir e não puder ser controlada.

O alívio da dor é, geralmente, o objetivo principal no tratamento de pacientes com dor. No entanto, um foco exclusivo sobre o alívio da dor pode trazer consequências. As evidências de que as tentativas persistentes de ganhar controle sobre a dor vão se acumulando e podem, de forma paradoxal, impedir adaptações bem sucedidas à dor e aumentar a frustração e as limitações em relação à dor (Lauwerier et al., 2012). Entretanto, alguns estudos apoiam os efeitos vantajosos de perceber que se tem o controle da dor (Buckelew et al., 1994; Jensen & Karoly, 1991).

As formas que as crianças e adolescentes enfrentam o estresse e a dor (ou seja, os esforços para regular as emoções, pensamentos, comportamentos e excitação fisiológica) desempenham um papel central nas abordagens atuais para dor pediátrica. O modo como a dor é enfrentada pode afetar a associação de dor e estressores relacionados com a saúde física e psicológica e o bem-estar (Compas & Boyer, 2001; Compas et al., 2006; Walker, 1999). De acordo com Herman e McHale (1993) meninas podem utilizar estratégias mais focadas em expressão emocional, enquanto os meninos tendem a envolver-se em mais em esquiva.

Existe um interesse em entender porque a dor provoca incapacidade e desconforto em alguns indivíduos, enquanto outros são capazes de se adaptar à dor e conseqüentemente ao estresse (Varni et al., 1996b). As estratégias de enfrentamento podem explicar algumas dessas diferenças individuais, porque o *coping* pode ser

adaptativo ou desadaptativo em termos de alívio da dor (Reid, Gilbert, & McGrath, 1998; Varni et al., 1996a).

Estudos sobre o *coping* da dor em adolescentes descobriram que a busca de informações e busca de suporte social são estratégias comuns empregadas pelos jovens (Reid et al., 1998). Pless, Power e Peckkam (1993) mostraram que as condições crônicas na infância têm um efeito significativo sobre a quantidade de problemas de comportamento e psicossociais na idade adulta. Conseqüentemente, prever as estratégias adotadas antecipadamente de enfrentar a doença crônica pode servir como um amortecedor contra estas conseqüências relacionadas com a doença. Na área da saúde, há uma razão socioeconômica para apoiar o desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento em crianças com doenças crônicas o mais cedo possível (Schmidt, Petersen, & Bullinger, 2003).

No estudo de Dias, Oliveira, Enumo e Paula (2013) que descreveu e comparou a percepção da dor em crianças com Anemia Falciforme e seus cuidadores, concluiu que existe diferença na percepção de cuidador e criança sobre a caracterização da dor no que se refere ao tipo e à intensidade da dor. As famílias de *coping* mais utilizadas no momento de dor, tanto pelos cuidadores, como pelas crianças foram *Submissão* (Crianças = 70,4%; Cuidadores = 77,8%) focando nos aspectos negativos da situação estressante. E *Desamparo* foi à segunda família de *coping* mais mencionada por ambos os grupos (Crianças = 22,2%; Cuidadores = 14,8%), que demonstram comportamentos que envolvem passividade, desânimo e pessimismo.

Em pesquisa visando a descrever a qualidade de vida e estratégias de enfrentamento da dor em relação à severidade dor de cabeça, realizou-se um estudo transversal em 2.815 crianças com idades entre nove e 17 anos. A QV foi avaliada através do *Quality of Life Headache in Youth* (QLH-Y) e o enfrentamento da dor através do *Coping Pain Questionnaire* (PCQ). Os resultados mostraram que as crianças com a maior severidade de dor de cabeça apresentaram menor qualidade de vida em geral, e, em relação às estratégias de enfrentamento, buscam mais apoio

social, internalizam e externalizam mais, usam menos técnicas de distração comportamentais e cognitivas, e buscam menos informações (Bandell-Hoekstra et al., 2002).

A análise da literatura sobre o *coping* fornece uma visão a respeito da gestão dos desencadeadores da Migrânea. Pesquisadores enfatizam que as estratégias de enfrentamento podem ser organizadas de forma hierárquica. Por exemplo, um estudo identificou oito fatores primários (resolução de problemas, reestruturação cognitiva, expressão emocional, apoio social, a prevenção de problemas, pensamento positivo, autocrítica, e isolamento social), quatro fatores secundários (combinações de foco na emoção *versus* foco no problema, e engajamento *versus* desengajamento), e dois fatores terciários (abordagem e prevenção de enfrentamento) (Tobin, Holroyd, Reynolds, & Wigal, 1989).

Contudo, estudos relacionando o *coping* e a dor de cabeça são escassos. De acordo com uma revisão feita por Bandell-Hoekstra, Abu-Saad, Passchier e Knipschild (2000), apenas três estudos analisaram o *coping* de crianças com cefaleia até aquela data. Os resultados apontaram que as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças foram: tomar medicação e deitar-se, seguido por distração, relaxamento, busca de apoio à família, pensamento positivo, resolução de problemas, mantendo uma orientação para o futuro, e positividade. O instrumento mais utilizado para avaliar o *coping* foi o *Pain Coping Questionnaire* (PCQ) (Reid et al., 1998).

Fica evidente o quanto estudos envolvendo o *coping* da dor de cabeça na população pediátrica são insuficientes, e o quanto esses estudos poderiam contribuir para intervenções eficientes no manejo da dor. E para que haja um manejo eficiente da dor é necessário conhecer quais são seus principais desencadeadores.

### **1.7. Problema de pesquisa**

A dor de cabeça está entre as dores mais comuns em todas as faixas etárias desde a infância, pois 82% das meninas e 75% dos meninos sentem dores de cabeça,

pelo menos mensalmente, quando a prevalência na idade escolar, está entre 37-51% e, nos pré-escolares, entre 3-19% (Linnet et al., 1989; Sillanpää, 1983; Topczewski, 2002). Apesar da alta prevalência geral - 76% das mulheres e 57% dos homens apresentam pelo menos um episódio de dor de cabeça por mês, segundo a Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe, 2007) -, ainda faltam estudos para analisar as relações entre eventos estressantes e as manifestações físicas de queixas de dor (White & Farrel, 2006). Variáveis psicossociais, como a pobreza, as condições familiares e de moradia, os problemas no relacionamento familiar e entre pares, e as dificuldades no relacionamento social e na escola (Arruda, 2009; Evans & Kim, 2007; Karwautz et al., 1999; Passchier & Orlebeke, 1985), tendem a atuar como mediadores das crises e da intensidade da dor (Passchier & Orlebeke, 1985; Varni et al., 1995).

Essas condições podem ser agravadas na adolescência, quando há uma alta incidência de estresse (Arnett, 1999; Breinbauer & Maddaleno, 2008; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). Assim, é importante verificar os principais estressores nos adolescentes com queixa de dor de cabeça, pois esta identificação de fatores desencadeantes ou precipitantes é freqüentemente recomendada como uma estratégia básica no tratamento da dor de cabeça (Wöber & Wöber-Bingöl, 2010). Adolescentes com dor de cabeça crônica relatam mais problemas diários em todas as áreas da vida do que aqueles com dores de cabeça infrequentes (Bandell-Hoekstra et al., 2002; Fichtel & Larsson, 2002; Powers et al., 2006). Além disso, o estresse ou emoções negativas são os desencadeadores mais comuns da dor (Arruda, 1994; Fraga et al., 2013; Miller, 1996; Varni et al., 1995). Estes são dados relevantes para o planejamento de intervenções e controle das crises de dor de cabeça.

Nesse quadro, a qualidade de vida (QV) desses adolescentes com dor de cabeça fica prejudicada, interferindo no funcionamento emocional, nas atividades escolares, sociais, recreativas e familiares. Têm, assim, um impacto negativo sobre a vida familiar e um déficit no bem-estar físico (Hunfeld et al., 2001; Milde-Busch et al., 2010; Powers et al., 2003; Sousa, 2011). A QV também está relacionada com as

estratégias de enfrentamento (*Coping*), as quais têm influência sobre a QV - quando são insuficientes ou inadequadas ou pouco funcionais, o estresse pode desencadear a dor de cabeça (Bandell-Hoekstra et al., 2002; McGrath & Unruh, 1987; Rudolph et al., 1995).

A Figura 4 apresenta o modelo proposto neste estudo, entre relações entre as variáveis associadas à dor de cabeça em adolescentes. Todas as variáveis se correlacionam entre si, uma influenciando a outra de alguma maneira.

Faltam também estudos sobre o enfrentamento da dor de cabeça em adolescentes que adotem uma perspectiva desenvolvimentista, mais atual de análise do *coping*. Esta é proposta pela Teoria Motivacional do *Coping*, que está centrada em processos de autorregulação do comportamento, da cognição e da emoção (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009). Esta abordagem pode ajudar a compreender as estratégias de enfrentamento neste contexto, oferecendo informações processuais e funcionais que subsidiem futuras propostas de intervenção psicológica nessa área.

Frente a esse contexto e baseando-se na Teoria Motivacional do *Coping*, a presente pesquisa de Doutorado tem como questão central:

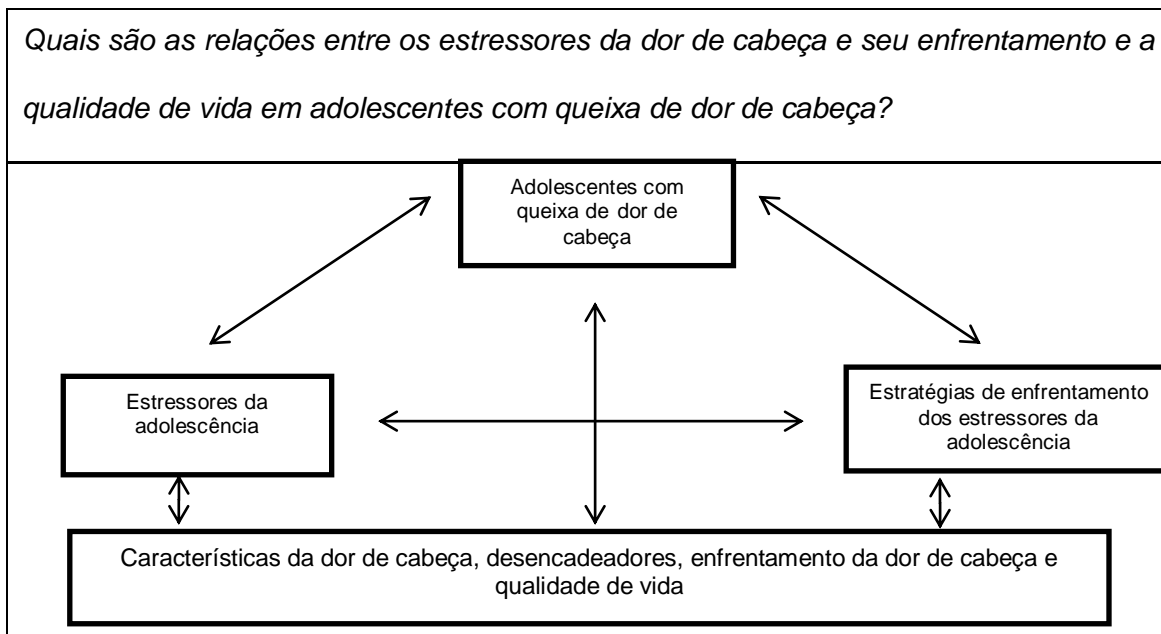


Figura 4- Modelo geral de relações entre as variáveis associadas à dor de cabeça em adolescentes baseada em Bandell-Hoekstra, Abu-Saad, Passchier, e Knipschild (2000).

## **1.8. Objetivos da pesquisa**

Esta pesquisa tem por objetivo geral descrever e analisar os eventos estressores e o enfrentamento da dor de cabeça em suas relações com a qualidade de vida em adolescentes com queixa de dor de cabeça.

Mais especificamente, pretende-se identificar, descrever e analisar:

- a) a percepção de eventos estressores da adolescência na percepção dos adolescentes com DC;
- b) as estratégias de enfrentamento de situações estressoras na adolescência na percepção dos adolescentes com DC;
- c) os estressores ou desencadeadores da dor de cabeça;
- d) as estratégias de enfrentamento de estresse relacionado à dor de cabeça;
- e) a qualidade de vida dos adolescentes com queixa de dor de cabeça.



## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes e local de coleta de dados

Compuseram esta amostra de conveniência 54 adolescentes com queixa de dor de cabeça, sendo 46 meninas (85,19%) e 8 meninos (14,81%), com idade entre 14 e 18 anos ( $M = 15,57$ ;  $\pm 1,25$ ), sendo que 14 (25,93%) cursavam a 9º Ano do Ensino Fundamental [EF] (antiga 8ª Série), 14 cursavam o 1º Ano (25,83%), 16 (29,63%) o 2º Ano, e 10 (18,52%) o 3º Ano do Ensino Médio [EM] (antigos 1º, 2º e 3º Colegial). Esses adolescentes representam 13,86% dos 386 estudantes autorreferidos como tendo dor de cabeça, segundo critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

#### 2.1.1. Critérios de inclusão e exclusão na amostra

Dois critérios de inclusão foram aplicados: ter queixa de dor de cabeça e estar na faixa etária da amostra (de 14 a 18 anos), que corresponde, segundo Breinbauer e Maddaleno (2008) à Adolescência Inicial (12-14 anos – meninas, 13-15 anos – meninos), Média (14-16 anos – meninas, 15-17 anos – meninos) e Tardia (16-18 anos – meninas, 17-18 anos – meninos). Nesse período, que ocorrem mudanças nas áreas do desenvolvimento físico, como a maturidade reprodutiva; cognitivo, como a capacidade de pensar em termos abstrato e usar o raciocínio científico; e psicossocial, como a busca pela identidade, incluindo a identidade sexual (Papalia & Feldman, 2013).

#### 2.1.2. Processo de composição da amostra

A coleta dos dados foi realizada em uma escola pública de Ensino Fundamental II e Ensino Médio, localizada em um bairro de classe média da cidade de Sorocaba, com 586.625 habitantes (IBGE, 2010), interior do Estado de São Paulo e local de moradia da pesquisadora. A escola tinha 1.244 alunos, sendo que 526 cursavam o período da manhã, do 9º Ano do EF até o 3º Ano do EM (amostra inicial da pesquisa), 442 estudavam no período da tarde, do 6º Ano do EF até o 8º Ano do EF, e no período noturno, com 276 alunos que cursavam do 1º Ano do EM até o 3º

Ano do EM. Foi selecionado o período da manhã por concentrar a maior parte dos alunos com idade entre 14 e 18 anos.

O processo se iniciou pela distribuição do Questionário de Queixa de Dor de Cabeça (APÊNDICE A) para todos os alunos do período da manhã: 526 alunos (42,28% da escola) de 14 classes, sendo quatro classes do 9º Ano do Ensino Fundamental, três classes do 1º Ano do Ensino Médio, quatro classes do 2º Ano do Ensino Médio e três classes do 3ª Ano do Ensino Médio, todos do período da manhã. Desses 526 alunos, 402 devolveram o Questionário de Queixa de Dor de Cabeça preenchido. A Tabela 7 mostra as características dessa amostra, como gênero, idade e escolaridade.

Tabela 7. *Características da amostra (N = 402)*

<b>Características da amostra</b>		<b>n (%)</b>
Gênero	Feminino	238 (59,20)
	Masculino	164 (40,80)
Idade	14	100 (25,38)
	15	97 (24,62)
	16	98 (24,87)
	17	77 (19,54)
	18	20 (5,09)
	19	1 (0,25)
	20	1 (0,25)
	Não respondeu	8 ---
Escolaridade	9º EF	141 (35,08)
	1º EM	78 (19,40)
	2º EM	107 (26,61)
	3º EM	76 (18,91)

Nota: EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio.

Dos 402 alunos que preencheram o questionário, 386 (96,02%) assinalaram que já sentiram dor de cabeça e 16 (3,98%) que nunca sentiram dor de cabeça. A Tabela 27b no APÊNDICE B, mostra há quanto tempo sentiram a última dor de cabeça, com que frequência sentiam dor de cabeça e a intensidade da dor. Considerando a última semana, 31,69% relataram sentir dor pelo menos uma vez por semana (39,12%), e 19,43% pelo menos uma vez por dia, com intensidade maior que 6 pontos, de uma escala de 0 a 10 pontos, para 31,36% da amostra.

Mais da metade (58,33%) nunca consultaram o médico por conta da dor e quando o fizeram, foi com um clínico geral (58,86%), mas somente 16,25% destes continuaram em tratamento. (A Tabela 28b, no APÊNDICE B mostra a frequência e

porcentagem dessas questões). O diagnóstico que foi dado pelo médico, foi relatado segundo a informação do aluno.

A Figura 5 mostra o fluxograma de composição da amostra. Dos 402 alunos que devolveram o Questionário de Queixa de dor de cabeça preenchidos, 386 responderam que apresentam dor de cabeça. Desses, dois alunos foram excluídos, pois não correspondiam à faixa etária do critério de inclusão da amostra (tinham 19 e 20 anos de idade). Após a pesquisadora se apresentar aos alunos em cada classe e divulgar a pesquisa, esclarecer seus objetivos e critérios de inclusão e exclusão (idade e queixa de dor de cabeça), 54 (13,98%) dos 384 alunos aceitaram participar da pesquisa e entregaram os TCLE assinados por eles e seus responsáveis.

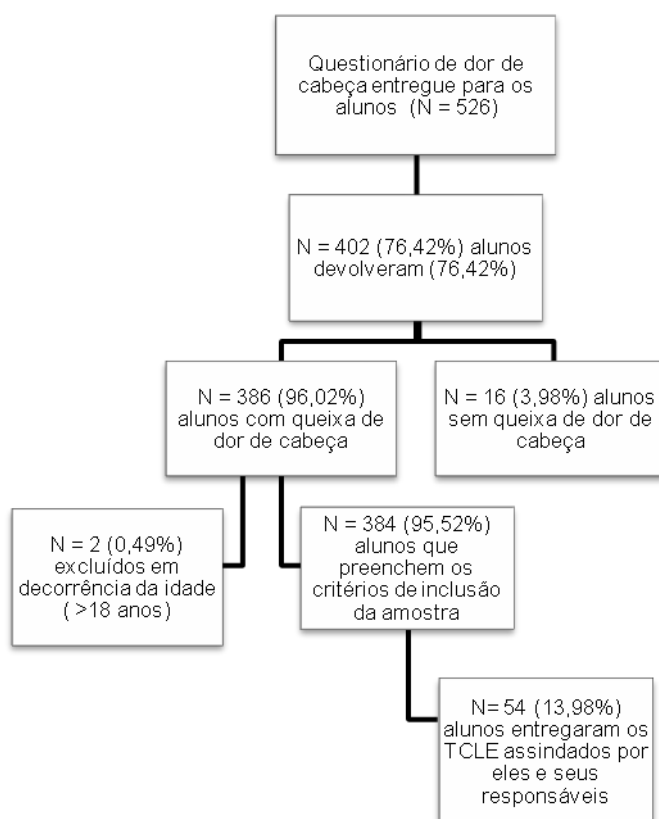


Figura 5. Processo de seleção da amostra.

Ao final, a amostra do estudo foi composta por 54 participantes (13,98% dos 386 alunos com queixa de dor de cabeça) que responderam ao questionário, sendo 46 meninas (85,19%) e 8 meninos (14,81%) com idade entre 14 e 18 anos ( $M = 15,57$ ). A maioria cursava o Ensino Médio, estando 14 (25,93%) no 9º Ano do EF (antiga 8ª

Série), 14 (25,93%) cursavam o 1º Ano do EM, 16 (29,63%) cursavam o 2º Ano do EM e 10 (18,62%) cursavam o 3º Ano do EM (Tabela 8).

Tabela 8. *Características da amostra de adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)*

<b>Características da amostra</b>		<b>n (%)</b>
Gênero	Feminino	46 (85,19)
	Masculino	8 (14,81)
Idade	14	15 (27,78)
	15	11 (20,37)
	16	12 (22,22)
	17	14 (25,93)
	18	2 (3,70)
Escolaridade	9º EF	14 (25,93)
	1º EM	14 (25,93)
	2º EM	16 (29,63)
	3º EM	10 (18,62)
Cuidador/Responsável Grau de parentesco	Mãe	35 (64,81)
	Pai	17 (31,48)
	Avós	1 (1,85)
	Tia	1 (1,85)
Idade do Responsável	30-39	13 (30,23)
	40-49	21 (48,84)
	≥50	9 (20,93)
	Não respondeu	11
Escolaridade do Responsável	Analfabeto/ Ensino Fundamental 1 Incompleto	8 (14,81)
	Ensino Fundamental 1 Completo/ Ensino Fundamental 2 Incompleto	2 (3,70)
	Ensino Fundamental 2 Completo/ Ensino Médio Incompleto	14 (25,93)
	Ensino Médio Completo/ Ensino Superior Incompleto	21 (38,89)
	Ensino Superior Completo	9 (16,67)
Trabalha	Sim	39 (72,22)
	Não	15 (27,78)
Atividade Ocupacional do Responsável	Outras profissões	21 (42,86)
	Dona de casa	12 (24,50)
	Vendedor(a)	4 (8,16)
	Funcionário(a) de empresa	3 (6,12)
	Mecânico	3 (6,12)
	Autônomo(a)	2 (4,08)
	Manicure	2 (4,08)
	Secretária	2 (4,08)
	Não respondeu	5
Estado civil do Responsável	Casado(a)	39 (72,22)
	Divorciado(a)	9 (16,67)
	Solteiro(a)	5 (9,26)
	Viúvo(a)	1 (1,85)
Outras crianças/ adolescentes sob cuidados do responsável	Não	33 (61,11)
	Sim	21 (38,89)
Quantos	0	33 (61,11)
	1	13 (24,07)
	2	6 (11,11)
	≥3	2 (3,70)
Nível Socioeconômico (CCEB-ABEP)	Média	17 (31,48)
	Média-alta	34 (62,96)
	Alta	3 (5,56)

Nota: EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio.

Os dados de identificação dos responsáveis indicaram a mãe (64,81%) como a principal responsável pela manutenção da casa e o pai (31,48%) como o segundo principal responsável. A maior parte (48,84%) dos responsáveis tinha entre 40 e 49

anos ( $M = 43,42$ ), eram casados (72,22%) e não tinham outras crianças ou adolescentes sob seus cuidados (61,11%). Onze participantes não sabiam a idade dos responsáveis. Em relação à escolaridade dos responsáveis, a amostra ficou dividida entre Ensino Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto (25,93%) e Ensino Médio Completo e Ensino Superior Incompleto (38,89%).

A maioria dos responsáveis trabalhava (72,22%). As profissões eram variadas (42,86%), entre elas: agente penitenciário, orientadora pedagógica, militar, empregada doméstica, funcionária pública, gerente de produção, técnico de alarmes, técnica de enfermagem, entre outros. A atividade ocupacional mais predominante era a de dona de casa (24,50%).

A maioria dos participantes tinha um nível socioeconômico médio alto<sup>6</sup> (62,96%) ou médio (31,48%), com renda familiar variando de R\$ 2.654,00 a R\$ 5.241,00, em 2014 segundo o *Critério de Classificação Econômica Brasil* [CCEA], da Associação Brasileira de Empresas (ABEP, 2013).

Na avaliação realizada em 2014, pelo Sistema de Avaliação de Rendimento Escolar do Estado de São Paulo (SARESP, 2014), a maioria dos alunos da escola avaliada apresentou uma classificação “suficiente” (nível básico + adequado), (Tabela 9).

Tabela 9. *Porcentagem de alunos na classificação do SARESP 2014*

Disciplinas	% e classificação do SARESP (2014)	
	9º EF	3º EM
Língua Portuguesa	76,6% Suficiente (nível básico + adequado)	59,7% Suficiente (nível básico + adequado)
Matemática	66,7% Suficiente (nível básico + adequado)	51,1% Insuficiente (nível abaixo do básico)
Ciências e Ciências da Natureza	72,2% Suficiente (nível básico + adequado)	52,2% Insuficiente (nível abaixo do básico)
Redação	92,5% Suficiente (nível básico + adequado)	88,4% Suficiente (nível básico + adequado)

Nota: EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio.

Conforme a classificação do SARESP (2014), o nível “básico” de proficiência indica que os alunos têm um domínio mínimo dos conteúdos, competências e habilidades, mas possuem as estruturas necessárias para interagir com a proposta

<sup>6</sup> Médio alto inclui nível B1 e B2; médio inclui nível C1 e C2; alto inclui A1 e A2; e baixo inclui nível D e E da ABEP.

curricular no ano/série subsequente. O nível “adequado” indica domínio pleno dos conteúdos, competências e habilidades desejáveis para o ano/série escolar em que estão. O nível “abaixo do básico” indica que os alunos demonstram domínio insuficiente dos conteúdos, das competências e das habilidades, desejáveis para o ano/série escolar em que se encontram.

## **2.2. Material e instrumentos**

Os materiais e os instrumentos que foram utilizados para a coleta dos dados estão apresentados em tópicos, proporcionando à melhor compreensão das suas características.

Para identificar a queixa de dor de cabeça, foi utilizado:

1) *Questionário de queixa de dor de cabeça* (APÊNDICE A): instrumento constituído por sete perguntas fechadas e duas abertas, elaboradas para o presente estudo, com o objetivo de selecionar os alunos que apresentavam queixa de dor de cabeça, e saber se teria uma amostra suficiente para realizar a pesquisa na escola. Contém perguntas sobre a última vez que sentiu dor de cabeça, a frequência e a intensidade da dor. Neste questionário, também foi perguntado se o participante procurou um médico por causa das dores de cabeça, qual a especialidade do médico, se está em tratamento e qual foi o diagnóstico do médico. Esta questão poderá auxiliar na importância de se consultar com um médico, evitando a automedicação.

Para classificar a intensidade da dor rememorada, foi utilizada *Escala Faces de Dor- Revisada* [FPS-R] – (Hicks, von Baeyer, Spafford, van Korlaar, & Goodenough, 2001; Spagrud, Piira, & von Baeyer, 2003; validada no Brasil por Charry, Piola, Linhares, & da Silva, 2014); site: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519> (ANEXO A). A escala consiste de seis faces, que expressam diferentes graus de dor, desde “sem dor” até “maior dor possível”, sem expressões de choros ou sorrisos, fazendo a correlação métrica de 0-10, em escala crescente de dor (Poveda, 2012; Silva & Thuler, 2008). As faces são

pontuadas da esquerda para direita, e variam de zero (sem dor) a dez (com muita dor).

A instrução em língua portuguesa para aplicação da escala diz:

*Estas caras/faces mostram o quanto alguma coisa pode doer. Esta cara/face [veja a face mais à esquerda, de número 0] não mostra dor. As caras/faces mostram cada vez mais dor [veja as faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [veja a face mais à direita, de número 10] que mostra muita dor. Aponte [marcando um X] para cara/face que mostra o quanto te dói [neste momento]”.*

Revisões da literatura sobre instrumentos de autorrelato para mensuração da intensidade da dor em crianças recomendam a utilização da FSP-R, por possuir um nível satisfatório de informação disponível e evidência (Charry et al., 2014; Stinson, Kavanagh, Yamada, Gill, & Stevens, 2006; Tomlinson, Von Baeyer, Stinson, & Sung, 2010). A escolha dessa escala foi motivada pela facilidade tanto de aplicação quanto da compreensão, além de ser um instrumento que apresenta boas propriedades para avaliar a intensidade da dor (Stinson et al., 2006).

Os dados do participante foram transformados em variáveis numéricas alocadas em planilhas, sendo discriminada a escala numérica correspondente a cada variável de interesse.

Para coletar dados sobre a identificação da amostra e a percepção dos participantes frente às crises de dor, foi utilizado:

2) *Protocolo de Entrevista de Caracterização da Dor* (adaptado de Alvim, Viana, Rezende, & Brito, 2009) (APÊNDICE C): usado para coletar dados gerais dos participantes e seus responsáveis e percepção dos adolescentes frente às crises de dor de cabeça. Nesta entrevista, há informações como sexo, data de nascimento e escolaridade, e informações sobre os pais ou responsáveis, tais como idade, estado civil, escolaridade, profissão e informações complementares. Para obter os dados da percepção do adolescente sobre a dor de cabeça, há perguntas (sete fechadas e duas abertas) sobre a frequência, novamente a intensidade da dor, tipo e tempo de duração da dor, em que ela atrapalhou, o que foi feito para melhorar e se existem outros familiares com dor de cabeça.

Os dados do participante podem ser transformados em variáveis numéricas, alocadas em planilhas, sendo discriminada a escala numérica correspondente a cada variável de interesse.

Para a avaliação das variáveis psicossociais, foi utilizado:

3) *Critério de Classificação Econômica Brasil* [CCEA], da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013) (ANEXO B): para verificar o nível socioeconômico dos participantes, pois medir esse indicador é imprescindível, já que é um importante fator de risco na adolescência e fonte de estresse, o que pode interferir nas EE da dor de cabeça e na qualidade de vida. É um instrumento com duas questões, sobre características domiciliares, visando a estimar a capacidade de consumo das famílias urbanas brasileiras. Esse sistema utiliza informações objetivas, precisas e de fácil acesso, como a presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto (televisão, geladeira, carro) e grau de escolaridade do chefe de família. Cinco classes econômicas foram estabelecidas, sendo as três primeiras subdivididas para possibilitar uma distribuição mais consistente com a realidade brasileira (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E). A versão do CCEA que foi utilizada para o cálculo do nível socioeconômico dos participantes da presente pesquisa foi disponibilizada para uso em 2013 e foi elaborada com base no levantamento socioeconômico do (Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística) IBOPE no ano de 2010. Para facilitar a análise dos resultados, os oito níveis econômicos (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E) indicados pela ABEP foram agrupados em quatro classes: baixa (incluindo D e E), média (incluindo C1 e C2), média-alta (incluindo B1 e B2) e alta (incluindo A1 e A2). Os resultados foram analisados como variáveis categóricas-ordinais (baixa, média, média-alta e alta).

Para coletar os dados sobre os estressores da adolescência, foi aplicada uma escala:

4) *Escala de Eventos Percebidos para Adolescentes* (*Adolescent Perceived Events Scale*) [APES] (Grant & Compas, 1995; tradução e validação linguística por Justo, Enumo, & Barros, 2014; site:



<http://gadd.kc.vanderbilt.edu/stressandcoping/apes/> (ANEXO D): A APES é uma escala desenvolvida por Compas, Davis, Forsythe e Wagner (1987). Sua primeira versão continha três modelos separados para as diferentes fases da adolescência: inicial (alunos do Ensino Fundamental), média (alunos do Ensino Médio) e tardia (começando o Ensino Superior). Esta primeira versão foi utilizada em estudos internacionais (Compas, Howell, Ledoux, Phares, & Williams, 1989; Compas, Howell, Phares, Williams, & Giunta, 1989; Wagner & Compas, 1990; Wagner, Compas, Howell, 1988). Contudo, atualmente, aconselha-se o uso da forma abreviada da APES, que é recomendada para os adolescentes dos 10 aos 18 anos (Grant & Compas, 1995), a qual foi utilizada nesta pesquisa.

A escala busca identificar, por meio do autorrelato do adolescente, eventos que comumente afetam seu cotidiano. Contém 90 eventos, que vão desde os mais relevantes da vida (“morte de uma pessoa da família” ou “hospitalização (ficar internado em um hospital) de uma pessoa da família”) até eventos cotidianos (“tarefas domésticas” ou “ir mal na prova”), que caracterizam os diversos domínios de funcionamento. Para cada item da escala, o adolescente indica se vivenciou (ou não) o evento nos últimos seis meses e, para aqueles itens que foram vivenciados, ele indica sua percepção do evento utilizando uma escala de 9 pontos, variando de (-4) = “extremamente ruim”; (0) = “nem bom nem ruim”; a (+4) = “extremamente bom”. A APES, em suas diferentes formas, tem sido amplamente utilizada nas pesquisas internacionais (Bartholomew, Stults-Kolehmainen, Elrod, Todd, 2008; Bergevin, Gupta, Derevensky, & Kaufman, 2006; Carpenter, Laney, & Mezulis, 2012; Charbonneau, Mezulis, & Hyde, 2009; Cole, Nolen-Hoeksema, Girgus, Paul, 2006; Mezulis, Funasaki, Charbonneau, Hyde, 2009; Ryzin, Carlson, & Sroufe, 2011; Wadsworth, Raviv, Compas, & Connor-Smith, 2005). No Brasil, foi aplicada por Justo et al. (2014), com 73 adolescentes, obtendo alta consistência e confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,878), por estar acima de 0,70.

Foi utilizada, no presente estudo, a forma abreviada da APES (Grant & Compas, 1995), embora naquele momento, o acesso a esta versão tenha sido por meio do site (<http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/apes/>). A versão que estava disponível no site não continha o item 69 (“Mudanças no seu uso de álcool ou drogas”), a numeração dos itens foi do número 68 direto para o 70. Por esta razão, a versão aqui utilizada tem 89 itens. Contudo, mesmo com um item a menos, a Escala apresentou uma alta consistência interna ( $\alpha = 0,912$  e  $0,771$ ).

Esta escala permite identificar e quantificar: os eventos (negativos e positivos) vivenciados nos últimos seis meses, a intensidade da percepção dos eventos (“extremamente ruim” a “extremamente bom”) e os eventos cotidianos (rotineiros) e relevantes (mais significativos). Esses aspectos facilitaram a identificação e a compreensão dos estressores característicos da adolescência. A partir da análise dos resultados, foi possível selecionar eventos mais comuns em adolescentes com cefaleia, para serem utilizados no processo de avaliação do *coping*.

No presente estudo, para a identificação dos eventos ocorridos com maior frequência, foram somados os itens assinalados, que geraram uma variável numérica referente à quantidade de vezes que cada evento (positivos e negativos) foi vivenciado nos últimos seis meses. Para a identificação do nível de agradabilidade de cada evento assinalado, foi somado o número de vezes que cada evento foi percebido como “ruim” (incluindo as alternativas “extremamente ruim”, “muito ruim”, “um pouco ruim” e “levemente ruim”). O número de eventos percebido como ruim, por cada participante, foi utilizado como variável numérica referente ao número de estressores (ou percepção de eventos ruins) ao qual o mesmo esteve exposto nos últimos seus meses.

Após a aplicação da APES na amostra avaliada ( $n = 54$ ), foi realizada a análise de consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach) do instrumento. A análise identificou uma alta consistência interna, com valores acima de  $0,70$ , tanto para a

ocorrência (0,912) quanto para o nível de desejabilidade (0,771). (A descrição da análise de consistência interna da APES está no APÊNDICE D).

Para coletar os dados sobre o processo de enfrentamento, foi aplicada a Escala de enfrentamento (ANEXO D) descrita a seguir:

5) *Escala de Coping de Estressores da Adolescência*: elaborado por Justo (2015) (ANEXO D): com o objetivo de analisar alguns dos princípios (ou constructos) da MTC, Lees (2007) elaborou o *Coping Response Booklet* [CRB], a partir da *Motivational Theory of Coping Scale-12* [MTC-12] (Skinner & Wellborn, 1994; Skinner et al., 2003), que foi adaptado para o presente estudo com nome de Escala de Enfrentamento.

A Escala de Enfrentamento apresenta 21 itens para verificar seis medidas:

1) reação emocional (três itens, um para cada sentimento: tristeza, medo e raiva, por exemplo: “Quanto triste você se sentiria?”);

2) avaliação de ameaça (três itens, um para cada ameaça: à competência, ao relacionamento e à autonomia, por exemplo: “Quanto capaz (competente) para lidar com a situação você se sentiria?”);

3) avaliação de desafio (um item: “Quanto interessado (animado) você se sentiria em lidar com a situação?”);

4) orientações (um item: “Quanto você iria querer sair da situação ou fugir?”);

5) características de identificação (um item: “Quanto você é capaz de imaginar que você é a pessoa da situação?”) e

6) o uso das 12 famílias de *coping* (12 itens, um para cada família de *coping* e suas definições, por exemplo: “Quanto você trabalharia (faria esforço) para resolver o problema?”, corresponde a família de *coping* resolução de problemas).

Como opções de respostas para as 21 questões foi utilizada uma escala de likert de cinco pontos (1 = “nem um pouco”; 2 = “um pouco”; 3 = “mais ou menos”; 4 = “bastante”; 5 = “muito”). As questões da Escala de Enfrentamento são referentes a

uma situação (ou evento) que é apresentada aos adolescentes antes da aplicação da Escala de Enfrentamento.

O presente estudo utilizou três situações - que abordam temas estressantes mais relevantes para os participantes, tendo como base o estudo de Zimmer-Gembeck et al. (2009) e Justo (2014). Dessa forma, a EE foi respondida três vezes pelo participante, cada uma referente a um evento específico- 1) perder a confiança em um amigo, pois este contou seu segredo para outros; 2) ser proibido pelos pais de ir a uma festa com os amigos e 3) ser pressionado pelos amigos. As três situações foram apresentadas em forma de texto, lido para o participante, seguindo as orientações descritas no ANEXO D.

Os resultados obtidos com a aplicação da Escala de Enfrentamento permitiram verificar:

a) o quanto da reação emocional (de medo, tristeza e raiva) a situação gerou no participante;

b) o quanto cada situação foi avaliada como sendo uma ameaça (à competência, ao relacionamento e à autonomia);

c) o quanto cada situação foi avaliada como sendo um desafio;

d) o quanto cada participante desejou sair ou fugir de cada uma das situações;

e) o quanto o participante foi capaz de se identificar como sendo a pessoa da situação;

f) o quanto cada uma das 12 famílias de enfrentamento foram utilizadas pelos participantes em cada uma das situações. Estes resultados permitiram a realização de uma análise com base na MTC.

A opção pelo uso da EE foi determinada pelo fato deste material ter sido elaborado com base na Teoria Motivacional do *Coping* [MTC] (Skinner & Wellborn, 1994), que corresponde ao mesmo referencial teórico adotado neste estudo para a identificação, descrição e análise das respostas de  *coping* da dor de cabeça, fazendo

parte de uma perspectiva desenvolvimentista. Não foi encontrado outro instrumento para avaliação do coping da dor de cabeça que tenha como base o mesmo referencial.

Após a aplicação da Escala de Enfrentamento na amostra do presente estudo (n = 54), foi realizada a análise de consistência interna, obtendo-se um coeficiente alfa de Cronbach razoável ( $\alpha = 0,595$ ) apenas na subescala de Enfrentamento Adaptativo [EA] (com um total de 18 itens, incluindo seis itens de cada situação), e um alfa satisfatório ( $\alpha = 0,685$ ) na subescala de Enfrentamento Mal Adaptativo [EMA]. (A descrição detalhada da análise de consistência interna da escala está disponível no APÊNDICE E).

Para coletar o enfrentamento (respostas voluntárias) e respostas involuntárias da dor de cabeça em adolescentes foi aplicado:

6) *Questionário de Respostas ao Estresse – Dor de Cabeça (Responses to Stress Questionnaire- headache) [RSQ- Headache]* (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen, & Saltzman, 2000) traduzido (ANEXO E) disponível em: <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/rsq/>, após autorização dos autores para validação linguística (ANEXO F). O RSQ mede o enfrentamento (*coping*) entendido como respostas voluntárias e involuntárias ao estresse. Ele têm uma lista de estressores (situações e sentimentos relacionados à dor de cabeça), perguntando aos participantes em termos de quanto (1 = “nunca”, 2 = “às vezes”, 3 = “quase sempre”, 4 = “sempre”) cada estressor o incomodou nos últimos seis meses. Essa lista de estressores foi feita pela pesquisadora através de uma revisão na literatura dos principais estressores emocionais da dor de cabeça em adolescentes (Fraga et al., 2013; Larsson & Stinson, 2011; White & Farrell, 2006; Wöber & Wöber-Bingöl, 2010).

O questionário, em seguida, pede ao participante para assinalar três questões sobre a frequência das dores de cabeça, o quanto estressante é a dor de cabeça e o quanto controle acredita ter sobre suas dores de cabeça. A terceira parte do questionário é composta por 57 questões sobre estratégias de enfrentamento que as pessoas fazem, pensam ou sentem quando estão tentando lidar com a dor de cabeça,

e tem quatro tipos de respostas, da frequência: “Nunca” (1), “Às vezes” (2), “Quase sempre” (3) e “Sempre” (4). Em duas questões, o participante tem a opção de escrever como pensa para amenizar a dor de cabeça e, na outra questão, algo que já fez para amenizar a dor de cabeça.

O RSQ contém itens para medir três tipos de enfrentamento (*coping*) e dois tipos de respostas involuntárias ao estresse. A medida gera, dessa forma, cinco fatores (Tabela F37, APÊNDICE F):

1) Coping de Engajamento de Controle Primário: contém as EE Resolução de problemas, Regulação emocional e Expressão emocional (questões números 3, 17, 24, 21, 45, 48, 7, 20, 32);

2) Coping de Engajamento de Controle Secundário: contém as EE Aceitação, Distração, Reestruturação cognitiva e Pensamento positivo (questões números 19, 50, 52, 34, 36, 39, 8, 13, 29, 30, 43, 54);

3) Coping de Desengajamento: contém as EE Negação, Evitação e Pensamento fantasioso (questões números 1, 15, 27, 9, 41, 56, 5, 11, 23);

4) Engajamento Involuntário: contém as respostas involuntárias Ruminação, Pensamentos intrusivos, Excitação emocional, Excitação fisiológica e Ação impulsiva (questões números 31, 40, 51, 6, 18, 25, 2, 12, 26, 37, 44, 53, 33, 47, 57);

5) Desengajamento Involuntário: contém as respostas involuntárias Entorpecimento emocional, Paralisação, Fuga e Interferência cognitiva (questões números 4, 16, 28, 35, 38, 55, 42, 46, 49, 10, 14, 22).

O RSQ também contém duas questões abertas, uma referente ao que o adolescente pensa e outra o que já fez para amenizar a dor de cabeça.

As respostas voluntárias estão sob controle do sujeito e abrangem um esforço consciente (Lazarus & Folkman, 1984), ou seja, elas “*orientam e regulam as respostas cognitivas, comportamentais, emocionais e fisiológicas emitidas frente a um estressor. Já as respostas involuntárias ao estresse incluem as reações condicionadas que*

*podem ou não estar sob o domínio da consciência, mas que não estão sob o domínio da vontade ou do controle volitivo” (Connor-Smith et al., 2000 p.978).*

Proporcionalmente, a pontuação pode ser criada para cada fator, controlando, assim, as diferenças individuais nas taxas de cada item. O RSQ pode ser preenchido por crianças a partir de nove anos de idade até adultos e pode ser usado para muitos tipos de estressores, e várias versões foram criadas para medir situações estressantes específicas vividos por crianças e famílias. Ele tem sido usado com populações clínicas (por exemplo, as famílias que lidam com a depressão dos pais), bem como populações pediátricas (por exemplo, crianças com câncer).

O RSQ-H foi escolhido por se tratar de um instrumento específico para dor de cabeça, obtendo-se informações sobre como o adolescente enfrenta a dor de cabeça. O RSQ é um instrumento baseado em muitas publicações internacionais (Compas et al., , 2001; Connor-Smith & Compas, 2004; Connor-Smith et al., 2000; Wadsworth, Reickmann, Benson, & Compas, 2004; Yao et al., 2010), e foi avaliado como um dos quatro instrumentos de avaliação de *coping* mais bem estruturado, na revisão feita por Skinner et al. (2003). Contudo, na literatura nacional, não foram localizados estudos que tenham utilizado esta escala. Para seu uso nesta pesquisa, a escala foi traduzida, com a autorização de seus autores, fazendo-se a validação linguística, descrita a seguir.

Validação linguística do *RSQ-Headache* - Para o uso nesta pesquisa, o *RSQ-Headache* foi traduzido por dois tradutores e, em seguida, as traduções foram revistas pela pesquisadora e pela orientadora. Na continuidade, com o objetivo de verificar o nível de compreensão dos adolescentes em relação aos itens e ao processo de preenchimento do instrumento, o RSQ-H foi aplicado em um grupo de 16 adolescentes com idade entre 14 e 18 anos. Esta aplicação foi realizada antes do início da coleta dos dados. A descrição detalhada do processo de validação está no APÊNDICE G.

A aplicação do RSQ-H, na amostra avaliada ( $N = 54$ ), obteve uma consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach) do instrumento. Verificou-se alta consistência

interna em todos os domínios: ( $\alpha = 0,798$ ) no domínio Coping de Engajamento de Controle Primário, ( $\alpha = 0,801$ ) no Coping de Engajamento de Controle Secundário, ( $\alpha = 0,722$ ) no Coping de Desengajamento, ( $\alpha = 0,868$ ) no Engajamento Involuntário e ( $\alpha = 0,831$ ) no Desengajamento Involuntário. A descrição detalhada da análise de consistência interna da escala está disponível no APÊNDICE H.

Para coletar os dados sobre a qualidade de vida dos adolescentes, foi aplicado:

7) *Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Quality of Life Headache- Youth Questionnaire)* [QLH-Y] (Langeveld, Koot, Loonen, Hazebroek-Kampschreur & Passchier, 1996); adaptado e validado por Silva, Freitas, Costa, Sousa, Valença, & Oliveira, 2013) (ANEXO F). O QLH-Y é um instrumento que foi elaborado para adolescentes entre 12 a 18 anos, com cefaleia. Ele tem 71 itens, sendo 69 questões de quatro pontos e duas escalas visuais analógicas de satisfação com a vida em geral e com a saúde. Para os itens 1 a 55, existem quatro possíveis respostas: “Raramente ou nunca”, “Às vezes”, “Muitas vezes” ou “Várias vezes ou sempre”. Para os itens 56 a 69, existem quatro possíveis respostas: “De jeito nenhum”, “Pouco”, “Mais ou menos” ou “Muito”. O QLH-Y avalia a qualidade de vida em seis domínios (Tabela 40i, APÊNDICE I):

1) Funcionamento Psicológico, que contém 33 questões que avaliam as subescalas stress, harmonia, fadiga, força/vitalidade, depressão, bom humor e otimismo com o futuro (questões números 2, 3, 5, 8, 12, 15, 16, 7, 10, 13, 14, 20, 1, 4, 6, 11, 17, 18, 19, 9,32, 33, 34, 36, 41, 43, 35, 37, 40, 44, 38, 39, 42);

2) Estado Funcional, que avalia o impacto de cefaleia nas atividades diárias e nas atividades de lazer como nas minhas relações, no meu sono e horário para dormir, habilidade em ler, memorizar alguma coisa que tenha lido, pensar sobre as coisas (questões números 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 55, 57, 65, 66, 67, 68);

3) Funcionamento Físico, que avalia os sintomas somáticos associados a dor de cabeça, como por exemplo, dor de barriga e dificuldade para dormir (questões números 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54);



4) Funcionamento Social, que avalia o funcionamento em casa e na escola, a interação social com irmãos e irmãs e com jovens questões números 21, 22, 23, 29, 30, 31, 24, 25, 26, 27, 28);

5) Satisfação com a Vida em Geral, numa escala visual analógica de 0 a 10;

6) Satisfação com a Saúde, também numa escala visual analógica de 0 a 10.

As propriedades psicométricas do instrumento mostraram consistência interna satisfatória, com o valor do alfa de Cronbach superior a 0,70 (Langeveld et al., 1996). Silva et al. (2013) fizeram a adaptação transcultural para o português do Brasil do QLH-Y, em que o item 26 foi eliminado devido a uma incompreensão da questão. Os resultados encontrados na consistência interna da versão brasileira foram muito satisfatórios, com o valor do alfa de Cronbach de 0,906 (superior a  $\alpha$  0,70), indicando um grau elevado de consistência interna e uma boa adaptação transcultural.

O QLH-Y foi escolhido por ser um instrumento que abrange a faixa etária da população pesquisada, sendo específico para adolescentes com dor de cabeça e de fácil compreensão e aplicação, além dos bons resultados na sua validação no Brasil, apresentando-se, assim, adequado para a população brasileira.

No presente estudo, verificou-se alta consistência interna ( $\alpha = 0,871$ ) em todos os domínios do questionário, assim como em cada domínio avaliado separadamente: ( $\alpha = 0,831$ ) em Funcionamento Psicológico, ( $\alpha = 0,853$ ) em Estado Funcional, ( $\alpha = 0,806$ ) em Funcionamento Físico, ( $\alpha = 0,758$ ) em Funcionamento Social. A descrição detalhada da análise de consistência interna da escala está disponível no APÊNDICE J, Tabela J41.

## **2.3. Procedimento**

### **2.3.1. Contato com escola**

Em maio de 2014, através da indicação de uma das professoras da escola, foi realizado o primeiro encontro com a Diretoria e Vice-Diretora da escola. Naquele momento, foi conversado sobre a possibilidade da realização deste estudo nessa instituição. Foram explicados os objetivos e o procedimento do estudo. Após a

aprovação verbal da realização do estudo na escola, num segundo encontro, a pesquisadora foi apresentada à coordenadora e mediadora da escola, e foi entregue à Diretora uma Carta de Aprovação de Pesquisa – Diretora da escola (APÊNDICE K). Nesta, foi descrito de forma abreviada os objetivos, a justificativa, o procedimento da pesquisa e os benefícios aos participantes e, por fim, foi solicitada a realização da pesquisa na referida escola. À carta, também foi anexada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o participante (APÊNDICE L) e para seus pais (APÊNDICE L). No mês de junho, a pesquisadora obteve a Carta de Aprovação de Pesquisa assinada pela Diretora.

### **2.3.2. Aplicação dos instrumentos**

Após a aprovação pelo Comitê de Ética, no final de agosto de 2014, deu-se início ao processo da coleta de dados. Os primeiros passos da coleta foram feitos pela mediadora da escola, com quem a pesquisadora teve uma reunião para falar sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos. A mediadora entregou aos alunos 600 cópias do Questionário de Queixa de Dor de Cabeça.

Após uma semana, os Questionários de Queixa de Dor de Cabeça preenchidos foram devolvidos. Foram contatados 384 alunos com queixa de dor de cabeça e com idade entre 14 e 18 anos, solicitando-se preenchimento do TCLE.

Deu-se início, então a aplicação dos instrumentos com os alunos que já tinham entregado o TCLE assinado por eles e pelos responsáveis. Aos poucos, conforme os alunos foram devolvendo os TCLE, foram formados novos grupos de no máximo dez alunos, que foram avaliados pela pesquisadora, que estava na escola três dias por semana, durante 4 horas. Foram formados sete grupos de aplicação, conforme a disponibilidade dos alunos.

O processo da coleta dos dados ocorreu em três encontros com cada grupo de aproximadamente uma hora – no primeiro encontro, foram aplicados o Protocolo de Entrevista, o CCBE e o APES; no segundo Escala de Coping de Estressores da Adolescência e o QLH-Y; no terceiro o RSQ-H. A pesquisadora explicava cada

questionário aos alunos antes da entrega do material, permanecia na sala todo momento, colocando-se à disposição em caso de dúvida. Eram conferidos todos os instrumentos preenchidos, e em alguns casos, o aluno foi chamado novamente, pois não tinha preenchido alguma questão.

#### **2.4. Processamento e análise dos dados**

As análises estatísticas dos dados do 54 participantes que responderam aos instrumentos (Protocolo de entrevista de caracterização da dor, *Adolescent Perceived Events Scale* [APES], Escala de *Coping* de estressores da adolescência, RSQ-*headache* e Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça) foram feitas utilizando-se testes não paramétricos. Inicialmente foram feitas as Análises de consistência interna dos instrumentos (exceto para o Protocolo de Entrevista de Caracterização da Dor), apresentando os coeficientes de consistência interna pelo alfa de Cronbach. Depois foram feitas as análises descritivas gerais de todos os itens dos instrumentos, calculando-se a frequência, média e desvio padrão.

Para as comparações de escores entre grupos de variáveis (gênero, da frequência de dor de cabeça, com e sem consulta médica, com e sem diagnóstico de enxaqueca, tempo de duração e intensidade de dor de cabeça, percepção de estressores, estratégias de enfrentamento de situações da adolescência, estressores da dor, EE e qualidade de vida), foram utilizados os testes não paramétricos para dois grupos de Mann-Whitney (grupos independentes) e, para mais de dois grupos e devido à ausência de distribuição normal das variáveis, o teste não paramétricos de Kruskal-Wallis (grupos independentes). O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja,  $p \leq 0,05$ . Para análise de mediação parado *coping* em relação à qualidade de vida, foi utilizado o Testes de Sobel e Arian, quando valores de  $|t| > 1,96$  são considerados significativos para  $p < 0,05$ .

Foram realizadas Análises de Rede, que são: “[...] *modelos matemáticos, baseados em dados empíricos, que combinam diferentes algoritmos e técnicas gráficas. As redes superam as principais limitações de outras técnicas analíticas, pois*

*são capazes de representar modelos multivariados, recursivos e não- recursivos (que incluem feedback e/ou efeitos recíprocos), e de series temporais de modo relativamente simples do ponto de vista computacional, somado a uma interpretação intuitiva dos resultados”* (Machado, Vissoci & Epskamp, 2015, p. 126).

Faz parte de uma análise de rede dois elementos caracterizados como: nodos (círculos, variáveis ou objetos observáveis) e caminhos (edges) (linhas, setas, relações entre as variáveis) (Kossakowski, Epskamp, Kieffer, Borkulo, Rhemtulla, & Borsboom, 2015). A rede é classificada em dois tipos de categorias: ponderadas e não ponderadas; não direcionais e direcionais. Nas redes ponderadas, as linhas apontam, além da relação entre os nodos, a intensidade dessas relações. Dessa forma, as linhas variam de cor, que seria representada pela direção da associação, bem como da sua espessura (intensidade), que indicaria a magnitude desta associação. A cor verde apresenta relações positivas entre as variáveis e, a cor vermelha, relações negativas entre elas. Nas redes não ponderadas, as linhas representam apenas a presença de uma relação entre nodos, sem considerar qualquer magnitude desta relação. As redes direcionais e não direcionais diferenciam-se pela presença ou a ausência da direcionalidade das relações entre as variáveis (Machado et al., 2015).

Neste estudo, foi utilizada a análise de rede ponderada e direcional. Nesta perspectiva, foi realizada a análise de rede para investigar o padrão de relações entre as variáveis de interesse representadas pelos instrumentos e seus respectivos domínios/ fatores apontados nas análises. A análise de rede é utilizada para traçar um gráfico modelo (G, bidimensional- G, two dimensional) de acordo com os padrões de relações entre os elementos de um sistema (Machado & Bandeira, 2015). A estrutura das correlações entre as variáveis de interesse foi analisada com o algoritmo Fruchterman-Reingold com valores de  $r^2$  como medida ponderada de efeito, e calculando-se medidas de conectividade, proximidade e força entre as variáveis (Fruchterman & Reingold, 1991), nos quais as variáveis do sistema (nodos) são ordenadas da seguinte forma:

a) depois de um estado inicial de repulsão mútua entre todas as variáveis, as variáveis que são mutuamente relacionadas são atraídas;

b) nodos com um grande número de relacionamentos com os outros nodos tem uma posição mais central e;

c) as linhas ou setas representam a associação ponderada entre os nodos (por exemplo, a correlação) de tal modo que as linhas de cor mais intensa têm uma associação mais forte.

A utilização do algoritmo Fruchterman-Reingold é o que torna intuitiva a interpretação das relações entre as variáveis da rede, devido a sua lógica de distribuição espacial (Machado et al., 2015).

O algoritmo Fruchterman-Reingold que fornece uma conexão mais forte entre os nodos é utilizado para a disposição dos nodos em todas as redes (Kossakowski et al., 2015). Os seguintes parâmetros foram avaliados: centralidade (vetor que se estende desde a variável mais central no sistema para a variável mais periférica), limiares ( $\tau$ , quer dizer pontos de corte para cada item), densidade ( $D$ , proporção do total de ligações possíveis e observadas) e o diâmetro (maior distância entre dois nodos).

## **2.5. Questões éticas**

Os procedimentos realizados durante o presente estudo respeitaram a legislação sobre a pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12) e as normas de dezembro de 2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000). Este foi executado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da PUC-Campinas (Parecer número: 771.275) (ANEXO H), tendo a coleta dos dados ocorrida após a autorização dos responsáveis, com a apresentação dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (versão do participante e versão dos pais/responsáveis) assinados.

A aplicação dos instrumentos foi realizada nas salas de aula disponibilizadas pela Direção da escola. Os horários para a realização das avaliações foram

combinados com a Direção e com a Coordenação da escola. A coleta dos dados aconteceu durante o período da aula.

Antes do término das aulas, no semestre, foi oferecida aos participantes uma devolutiva individual dos resultados, juntamente com orientações sobre estressores, qualidade de vida na adolescência e estratégias de enfrentamento da dor de cabeça. A pesquisadora informou aos alunos as datas, horários e a sala em que estaria disponível para dar essa devolutiva, porém, nenhum aluno a procurou.

Em um segundo momento de devolutiva, foi entregue aos participantes e disponibilizado para todos os alunos da escola, assim como nos painéis de avisos, um folheto com informações e orientações referentes à adolescência, ao estresse e à forma de enfrentá-lo, e orientação aos pais com relação à queixa de dor de cabeça dos filhos, principalmente em sempre procurar um médico especialista. Esse material foi especialmente elaborado para o presente estudo (APÊNDICE M), e teve a aprovação da Diretora da escola sobre seu conteúdo. Nesse dia, foram entregues para a Diretora alguns materiais (nomes de livros) sobre a adolescência, estresse e estressores e algumas orientações em como lidar com essas questões.

Em termos de retorno para os responsáveis e para a escola, foi oferecida uma palestra com o tema sobre adolescência, estresse, qualidade de vida e queixa de dor de cabeça. Foi entregue para cada participante um convite com a data, local (que seria na própria escola) e horário da palestra. Também foi colocado o convite em três painéis de aviso da escola. Contudo, nenhum responsável ou funcionário participou da palestra.

Os riscos físicos e psicológicos foram mínimos para os participantes, uma vez que o presente estudo correspondeu a uma pesquisa de investigação (exploratório), sem intervenções psicológicas. Ao final do processo de avaliação, foram oferecidas devolutivas aos participantes, acompanhadas de uma orientação referente aos estressores da adolescência, qualidade de vida e estratégias de enfrentamento da dor

junto com um folheto educativo (APÊNDICE M). À escola e aos responsáveis, foi oferecida uma palestra referente aos temas abordados no estudo.

## 2. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo foram apresentados em sete seções. Nas cinco primeiras seções, foram apresentados os resultados da entrevista e dos instrumentos relacionados à adolescência de maneira geral, seguido dos instrumentos relacionados à DC: (1) caracterização dos adolescentes com queixas de DC, (2) os estressores gerais da adolescência (APES) em análise das diferenças de gênero (3) *coping* de três situações comuns na adolescência (Escala de *Coping* de Estressores da Adolescência), (4) estressores e, *coping* da DC (RSQ-H) e (5) Qualidade de Vida (Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça), todos com análises descritivas para as variáveis avaliadas. Na sexta seção, foram realizadas as análises comparativas entre a frequência de dor de cabeça, diagnóstico médico de enxaqueca (de acordo com relato do participante), participantes com e sem consulta médica, gênero, e o tempo de duração da dor de cabeça – para verificar a existência de diferenças no resultado de casa variável de interesse (idade, intensidade da dor, percepção de eventos, EE, dados do RSQ-H e QV).

Na sétima seção, foi apresentada a análise de rede das variáveis estudadas, uma com os indicadores gerais gerados pelos instrumentos e outra com indicadores mais específicos. Esta análise permitiu que fossem visualizadas todas as relações possíveis e a intensidade entre essas relações.

### 3.1. Caracterização dos adolescentes com queixa de dor de cabeça

A amostra de 54 adolescentes apresentava queixa de dor de cabeça. Em termos de frequência da dor, a maioria (n = 23) deles apresentava dor diária, com intensidade de nível 6 (n = 21) e com tempo de duração maior do que 24 horas (n = 17). O tipo de dor mais comum foi em aperto (n = 29) e em pulsação (n = 29). Assistir televisão (n = 30) e dormir (n = 27) foram as atividades que a dor mais atrapalhou em realizar (Tabela 10). As “Outras” (n = 7) atividades listadas espontaneamente (item 5 do Protocolo de Caracterização) estão: virar a cabeça, levantar da cama, ficar perto de



luz e falar (n = 1); mexer no celular e computador (n = 1); ir à academia (n = 1); em se concentrar (n = 1); andar de carro à noite, em decorrência da luz dos faróis dos outros carros (n = 1); trabalhar (n = 1) e enxergar na claridade (n = 1).

Para melhorar a dor, 43% da amostra relataram tomar remédio. Ao citar que fizeram “Fez outra coisa” (n = 15) há respostas como: colocar um saco de gelo na cabeça (n = 1); dormir (n = 6); mandar manipular e tomar um remédio que o médico receitou (n = 1); se deitar (n = 3); esperar passar (n = 1); tomar chá de casca de laranja (n = 1); praticar yoga (n = 1); fazer um relaxamento (n = 1). Somente 3 não tomaram remédio junto com essas outras ações para enfrentar a DC: deitar-se (n = 1), esperar passar (n = 1) e fazer relaxamento (n = 1) (Tabela 10).

A maioria (n = 40; 74,04%) tinha outros familiares com dor de cabeça, em sua maioria a mãe (n = 23; 57,50%). Houve busca de ajuda médica para 62,96% (n= 34) dos adolescentes, nas especialidades: clínica geral (n = 16; 47,06%) ou neurologia (n = 16; 47,06%), mas 23,53% (n = 8) estavam em tratamento com esse médico na época de coleta de dados, sendo que 38,24% (n = 13) relataram ter recebido o diagnóstico de enxaqueca, 20,59% (n = 7) de estresse e 20,59% (n = 7) não sabiam o diagnóstico que foi dado (Tabela 10).

Tabela 10. *Caracterização da dor de cabeça em adolescentes (N = 54)*

<b>Caracterização da dor</b>		<b>N (%)</b>
Presença de queixa dor de cabeça		54 (100)
Frequência da dor	<b>Diária</b>	<b>23 (42,59)</b>
	2 a 3 vezes por semana	16 (29,63)
	1 vez por semana	13 (24,07)
	1 vez por mês	2 (3,70)
Intensidade da dor	2	9 (16,67)
	4	13 (24,07)
	<b>6</b>	<b>21 (38,89)</b>
	8	9 (16,67)
	10	2 (3,70)
Tipo da dor	<b>Em pulsação</b>	<b>29 (53,70)</b>
	<b>Em aperto</b>	<b>29 (53,70)</b>
	Em fincada	17 (31,48)
	Profunda	14 (25,93)
	Em queimação	10 (18,52)
	Engraçada	1 (1,85)
Tempo de duração da dor	1 a 3 horas	8 (14,81)
	3 a 10 horas	11 (20,37)
	10 a 24 horas	13 (24,07)
	<b>&gt;24 horas</b>	<b>17 (31,48)</b>
	Não sabe	5 (9,26)

Tabela 10. (continuação) *Caracterização da dor de cabeça em adolescentes (N = 54)*

<b>Caracterização da dor</b>	<b>N (%)</b>	
Prejuízos da dor	<b>Ver televisão</b>	<b>30 (55,56)</b>
	<b>Dormir</b>	<b>27 (50)</b>
	Andar	23 (42,59)
	Ir à escola	22 (40,74)
	Fazer a tarefa escolar	19 (35,19)
	Alimentar	11 (20,37)
	Passear	10 (18,52)
	Outros	7 (12,96)
	Brincar	4 (7,41)
O que foi feito para melhorar a dor	<b>Tomou remédio</b>	<b>43 (79,63)</b>
	Foi ao médico	17 (31,48)
	Fez outra coisa	15 (27,78)
	Melhorou sozinha	14 (25,93)
Outros familiares com dor de cabeça	Sim	40 (74,07)
	Não	14 (25,93)
Familiar com dor	<b>Mãe</b>	<b>23 (57,50)</b>
	Pai	5 (12,50)
	Pais	1 (2,50)
	Avós	1 (2,50)
	Outros	3 (7,50)
	Não respondeu	7 (17,50)
Consultou médico por causa das dores de cabeça	Sim	34 (62,96)
Especialidade do médico	<b>Clínico Geral</b>	<b>16 (47,06)</b>
	<b>Neurologista</b>	<b>16 (47,06)</b>
	Pediatra	2 (5,88)
Tratamento atual	Não	26 (76,47)
Diagnóstico médico	<b>Enxaqueca</b>	<b>13 (38,24)</b>
	Estresse	7 (20,59)
	Não sabe	7 (20,59)
	Sinusite	4 (11,76)
	Falta de usar óculos	1 (2,94)
	Problema de visão e ansiedade	1 (2,94)
	Falta de dormir e cansaço	1 (2,94)

### 3.2. Estressores gerais da adolescência e seu enfrentamento por adolescentes com queixa de dor de cabeça

A *Adolescent Perceived Events Scale* (APES) foi aplicada para a identificação dos estressores, avaliando a ocorrência do evento nos últimos seis meses e o nível de agradabilidade (desejabilidade) deste, com nove alternativas de resposta (“extremamente ruim” a “extremamente bom”). Este instrumento foi respondido pelos 54 participantes. No presente estudo, foram considerados como estressores os eventos percebidos como ruins pelos participantes, com valores de frequência absoluta (*n*) e percentual (%).

Na Tabela 42n são apresentados somente os eventos com um percentual de ocorrência acima dos 50%, de acordo com a APES. A coluna “Ocorrência” indica o

número de vezes que os eventos foram marcados como tendo ocorrido nos últimos seis meses, independente se foram considerados ruins ou bons (Tabela N42, APÊNDICE N).

Os eventos com maior ocorrência se referiram às atividades da vida cotidiana dos participantes, como ir à escola (100%), praticar hobbies ou atividades, como: assistir à TV, ler, tocar um instrumento musical (96,30%), fazer atividade ou passar um tempo com pessoas da família (96,30%) e conversar no telefone (90,74%).

Contudo, também fazem parte desta lista eventos menos comuns, com menor frequência, como: hospitalização de uma pessoa da família (22,22%), beber álcool ou usar drogas (22,22%), pais, familiares, padrastos ou madrastas que estão de mudança para sua casa ou que se mudaram da sua casa (12,96%), prisão de uma pessoa da família (12,96%), envolver-se em problemas na escola ou ser suspenso da escola (11,11%), mudança na saúde de um amigo (11,11%), abusos, brigas ou discussões com colegas ou outros alunos na escola (16,67%), ter poucos amigos ou nenhum amigo (18,52%), irmã ou irmão noivando ou casando (9,26%) ou se separando ou se divorciando (3,70%), casamento de um dos seus pais (5,56%), morte de um amigo (5,56%) entre outros (vide tabela N42, APÊNDICE N). A Tabela 11 apresenta a média dos eventos considerados como ruins, bons e neutros.

Tabela 11. *Média dos eventos considerados como ruins, bons e neutros na APES por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)*

<b>Eventos</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana (Amplitude)</b>
Percepção de Eventos Ruins (variação = 1 a 9)	19,72 (± 10,10)	18,50 (5-50)
Percepção de Eventos Bons (variação = 1 a 9)	<b>20,52</b> (± 5,77)	17,00 (10-35)
Percepção de Eventos Neutros (variação = 1 a 9)	3,59 (± 3,64)	2,50 (0-12)

Nota. APES = *Adolescent Perceived Events Scale* (Grant & Compas, 1995).

A coluna “Ruim” indica o número de vezes que o evento foi avaliado como ruim, sendo seu respectivo percentual calculado a partir de quantas vezes ele ocorreu. Para uma melhor identificação dos eventos considerados “Ruins” pelos adolescentes, foram consideradas apenas as respostas “extremamente ruim” e “muito ruim” (as

respostas “um tanto quanto ruim” e “um pouco ruim” não foram consideradas). Na Tabela 11, estão os eventos com um percentual de indesejabilidade igual ou acima de 50% (os dados de todos os itens estão no APÊNDICE N).

A Tabela 12 mostra todos os eventos que foram considerados “Ruins” pelos adolescentes (consideradas apenas as respostas “extremamente ruim” e “muito ruim”). Por exemplo, 18 adolescentes consideraram “extremamente ruim” e “muito ruim” o evento “Morte de uma pessoa da família”, já com os que assinalaram “Pais se divorciando”, 6 consideraram esse evento como “extremamente ruim” e “muito ruim”, o restante considerou como “Neutro” ou “Bom”.

Tabela 12. *Frequência e percentual do nível de percepção negativa dos eventos por adolescentes com queixa de dor de cabeça na APES (N = 54)*

<b>Classificação</b>	<b>Eventos da APES</b>	<b>Ruim n (%)</b>
1 (10)	Morte de uma pessoa na família.	18 (100)
2 (76)	Morte de um amigo.	3 (100)
3 (75)	Terminar o namoro ou ser rejeitado por um namorado ou namorada.	8 (88,89)
4 (80)	Pais se divorciando.	6 (85,72)
5 (44)	Morte de um parente.	12 (85,71)
6 (49)	Brigas ou problemas com namorado ou namorada.	11 (84,62)
7 (18)	Ficar perto de pessoas sem consideração (desrespeitosas) ou que te ofendem (pessoas rudes, agressivas).	27 (84,38)
8 (13)	Hospitalização (ficar internado em um hospital) de uma pessoa da família.	10 (83,33)
9 (78)	Um dos pais perdendo o emprego.	4 (80,00)
10 (21)	Abusos, brigas ou discussões com colegas ou outros alunos na escola.	7 (77,77)
11 (84)	Amigo(s) se mudando ou você se mudando para longe do amigo(s).	10 (76,92)
12 (66)	Problemas ou discussões com pais, irmãos ou familiares.	19 (76,00)
13 (25)	Preocupações emocionais (sentir-se depressivo, inseguro, como oscilações de humor).	34 (73,92)
14 (40)	Planos que não deram certo (uma viagem que não aconteceu ou algo que você esperava fazer e não ocorreu).	24 (72,72)
15 (19)	Prisão de uma pessoa da família.	5 (71,43)
16 (15)	Relacionamento ruim entre as pessoas da família e /ou entre amigos (eles não se dão bem).	18 (69,23)
17 (16)	Ir mal em uma prova ou trabalho escolar.	32 (68,09)

Tabela 12. (continuação) *Frequência e percentual do nível de percepção negativa dos eventos por adolescentes com queixa de dor de cabeça na APES (N = 54)*

<b>Classificação</b>	<b>Eventos da APES</b>	<b>Ruim n (%)</b>
<b>(Item na escala)</b>		
18 (88)	Amigo com problemas emocionais (estar muito chateado, deprimido, etc.).	16 (66,67)
19 (71)	Sentimentos negativos ou preocupações com a própria saúde.	23 (65,71)
20 (30)	Discussões entre os pais.	17 (65,38)
21 (8)	Brigar ou ter problemas com um amigo.	22 (64,7)
22 (67)	Problemas ou discussões com professores ou diretores da escola.	9 (64,29)
23 (9)	Restrições em casa (ter que chegar em casa em um horário específico ou não ter permissão para fazer algo em casa que você gostaria).	18 (64,28)
24 (22)	Problemas financeiros ou preocupações relacionadas a dinheiro.	14 (63,64)
25 (35)	Mudança no relacionamento com namorado ou namorada (deram um tempo, se afastaram, estão mais próximos, terminaram, etc.).	7 (63,63)
26 (50)	Algo ruim acontecendo com um amigo.	11 (61,11)
27 (24)	Ter aulas ou professores ruins.	25 (60,98)
28 (70)	Sentimentos negativos ou preocupações com a própria aparência (imagem).	20 (60,6)
29 (47)	Pessoas da família com problemas emocionais (estar muito triste, preocupado, etc.).	18 (58,07)
30 (74)	Pessoas da família ou parentes usando álcool ou drogas.	11 (57,9)
31 (23)	Ter notas ou boletins escolares ruins.	19 (54,29)
32 (20)	Envolver-se em problemas na escola ou ser suspenso na escola.	3 (50,00)
33 (52)	Mudanças na saúde de uma pessoa da família ou parente.	9 (50,00)
34 (53)	Mudança na saúde de um amigo.	3 (50,00)
35 (57)	Irmão ou irmã se separando ou se divorciando.	1 (50,00)
36 (81)	Não se dar bem com um dos pais de um amigo.	3 (50,00)

*Nota.* APES = *Adolescent Perceived Events Scale* (Grant & Compas, 1995).

Resumindo, a Tabela 12 mostra serem estressores:

1) ir mal em uma prova ou trabalho escolar foi o evento de maior ocorrência percebido como indesejável – escolhido por 87,04% (n = 47) adolescentes, dos quais 68,09% (n = 32) o avaliaram como “extremamente” ou “muito ruim”;

2) ter preocupações emocionais (sentir-se depressivo, inseguro, oscilações de humor) foi o segundo evento de maior ocorrência percebido como indesejável – escolhido por 85,19% (n = 46) adolescentes, dos quais 73,92% (n = 34) o avaliaram como “extremamente” ou “muito ruim”;

3) ter aulas ou professores ruins foi o terceiro evento de maior ocorrência percebido como indesejável – escolhido por 75,93% (n = 41) adolescentes, dos quais 25 (60,98%) o avaliaram como “extremamente” ou “muito ruim”;

4) ter notas ou boletins ruins e sentimentos negativos ou preocupações com a própria saúde foram o quarto evento de maior ocorrência percebido como indesejável – escolhido por 64,81% (n = 35) adolescentes, dos quais 60,98% (n = 25) e 65,71% (n = 23) respectivamente o avaliaram como “extremamente” ou “muito ruim”;

5) sentimentos negativos ou preocupações com a própria aparência (imagem) foi o quinto evento de maior ocorrência percebido como indesejável – escolhido por 33 (61,11%) adolescentes, dos quais 60,6%(n = 20)o avaliaram com “extremamente” ou “muito ruim”;

6) “ter que ficar perto de pessoas sem consideração ou que te ofendam” foi o sexto evento de maior ocorrência percebido como indesejável – escolhido por 59,26% (n = 32) adolescentes, dos quais 84,38% (n = 27)o avaliaram como “extremamente” ou “muito ruim” (Tabela 12).

Os eventos percebidos como indesejáveis pelos adolescentes estavam mais associados a:

a) grandes estressores vitais, como a morte de uma pessoa da família (100%) ou morte de um amigo (100%), morte de um parente (85,71%), hospitalização (ficar internado em um hospital) de uma pessoa da família (83,33%),

Alguns eventos frequentes na vida desses 54 adolescentes são percebidos como fortes estressores, sendo eles os eventos de conteúdo:

a) acadêmicos, como, ir mal em uma prova ou trabalho escolar; ter aulas ou professores ruins;

b) emocionais, como, preocupações emocionais (depressivo, inseguro, oscilações de humor); sentimentos negativos ou preocupações com a própria saúde; ter preocupações emocionais e com a própria imagem;

c) relacionais, como sentir-se pressionado por amigos (amigos esperando que você faça certas coisas ou aja de uma maneira específica); brigar ou ter problemas com um amigo.

### **3.3. Enfrentamento dos estressores gerais da adolescência por adolescentes com queixa de dor de cabeça**

Para avaliar o enfrentamento desses adolescentes com queixa de DC foram propostas três situações estressoras, tendo como referência os constructos da MTC (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994), foi utilizada uma escala de cinco pontos, com 21 questões – a Escala de Enfrentamento, adaptada da *Motivational Theory of Coping Scale – 12* [MTC-12] (Lees, 2007). A amostra de 54 participantes respondeu por três vezes esta escala, considerando três situações interpessoais, identificadas como estressantes, e que foram criadas no estudo de Justo (2015) e baseadas na MTC-12 Scale de Lees (2007). As duas primeiras situações se referem a situações de amizade (S1- baseada na falta de lealdade, e S3 - baseada na ameaça de agressão combinada com a pressão social), e outra situação referente a relacionamento com os pais (S2- que teve como conteúdo a incongruência das regras estabelecidas) (vide descrição no ANEXO D). A Tabela 13 mostra o quanto houve de identificação dos participantes com as situações (através da Questão nº 21: “*O quanto você é capaz de imaginar que você é a pessoa da situação?*”), com maior identificação na S2 (50%) e menor identificação na S1 (38,89%) (Tabela 13).

Tabela 13. *Graus de identificação dos adolescentes com queixa de dor de cabeça em relação às situações estressoras e as suas reações emocionais (N = 54)*

Situações estressoras	Respostas	Identificação Q.21  n (%)	Reações emocionais		
			Q.1	Q.2	Q.5
			Tristeza n (%)	Medo n (%)	Raiva n (%)
S1. Falta de lealdade dos amigos	Nem um pouco/ um pouco	13 (24,07)	2 (3,70)	18 (33,34)	2 (3,70)
	Mais ou menos	18 (33,33)	2 (3,70)	17 (31,48)	1 (1,85)
	Muito/ Bastante	<b>23 (38,89)</b>	<b>50 (92,59)</b>	<b>19 (35,18)</b>	<b>51 (94,44)</b>
S2. Inconsistência na regra dos pais	Nem um pouco/um pouco	11 (20,37)	5 (9,26)	<b>48 (88,88)</b>	4 (7,40)
	Mais ou menos	16 (29,63)	1 (1,85)	3 (5,56)	3 (5,56)
	Muito/Bastante	<b>27 (50)</b>	<b>48 (88,88)</b>	3 (5,56)	<b>47 (87,07)</b>
S3. Ameaça de agressão e pressão do grupo	Nem um pouco/ um pouco	15 (27,78)	11 (20,37)	<b>25 (46,30)</b>	8 (14,82)
	Mais ou menos	15 (27,78)	4 (7,41)	8 (14,81)	10 (18,52)
	Muito/ Bastante	<b>24 (44,86)</b>	<b>39 (72,22)</b>	21 (38,89)	<b>36 (66,66)</b>
Média das opções (%) a		24,66 (44,58)	45,66 (84,56)	14,33 (26,54)	44,66 (82,72)

Nota.<sup>a</sup> Média das opções “muito/bastante”; Q = número da questão da escala.

A reação emocional de *tristeza* foi a mais frequente nas S2 e S3 ( $M = 84,56\%$  da amostra que escolheram “muito/ bastante”), sendo mais intensa na S1- Falta de lealdade dos amigos (92,59%) - e na S2 – Inconsistência na regra dos pais (88,88%) (Tabela 13). A reação emocional de *raiva* também foi comum às três situações ( $M = 82,72\%$  da amostra que escolheram “muito/ bastante”), sendo que foi mais apontada do que a tristeza na S1 (94,44%).

A reação de *medo* foi a menos frequente nas três situações ( $M = 26,54\%$  da amostra que escolheram “muito/ bastante”), com exceção da S1 – Falta de lealdade com os amigos (35,18% da amostra que escolheram “muito/ bastante”). Na S2, que envolve relacionamento com os pais, a reação de medo foi a menos apontada, sendo que a maioria (88,88%) respondeu sentir “nem um pouco/ um pouco” de medo ao lidar com esta situação (Tabela 13).

A maior parte dos adolescentes não avaliaram as três situações como um desafio (Questão nº 4: “*Quanto interessado (animado) você se sentiria em lidar com a situação?*”), sendo a alternativa “nem um pouco/ um pouco” mais presente na S1 (72,22%) e igualmente na S2 e S3 (55,56%).



Na S1 e S3, ambas envolvendo eventos com amigos, a orientação das respostas de enfrentamento (Questão nº 20: “*Quanto você iria querer sair da situação ou fugir?*”), da maioria dos participantes foi de afastamento, sendo que o maior percentual de respostas da S1 (40,74%) e da S3 (51,85%) foi “muito/ bastante”. Este resultado foi coerente com a resposta emocional, visto que a S1 desencadeou de forma mais frequente a reação de medo, a qual está vinculada à resposta de afastamento. No entanto, na S2, que envolve os pais, a orientação foi de aproximação, já que o maior percentual de respostas (59,26%) foi “nem um pouco/ um pouco”. Na S2, também houve uma baixa intensidade de medo, o que foi compatível com a resposta de aproximação (Tabela 14).

Na S1, a orientação de aproximação (desafio) foi a menor (16,67%) das três situações, sendo que a tristeza foi a reação emocional que obteve maior frequência (92,59%), sendo compatível com a resposta de afastamento (40,74%).

Tabela 14. *Avaliação das situações estressoras como desafio e a orientação do enfrentamento de adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)*

Situações estressoras	Respostas	Desafio	Orientação
		Q.4 n (%)	Q.20 n (%)
S1. Falta de lealdade dos amigos	Nem um pouco/ um pouco	<b>39 (72,22)</b>	21 (38,88)
	Mais ou menos	6 (11,11)	11 (20,37)
	Muito/Bastante	9 (16,67)	<b>22 (40,74)</b>
S2. Inconsistência na regra dos pais	Nem um pouco/ um pouco	<b>30 (55,56)</b>	<b>32 (59,26)</b>
	Mais ou menos	7 (12,96)	6 (11,11)
	Muito/Bastante	17 (31,48)	16 (29,63)
S3. Ameaça de agressão e pressão do grupo	Nem um pouco/ um pouco	<b>30 (55,56)</b>	21 (38,88)
	Mais ou menos	13 (24,07)	5 (9,26)
	Muito/Bastante	11 (20,37)	<b>28 (51,85)</b>
Média das opções (%) a		12,33 (22,84)	22 (40,74)

Nota.<sup>a</sup> Média das opções “muito/bastante”; Q = número da questão da escala.

As alternativas “nem um pouco” e “um pouco” foram somadas, assim como as respostas “muito” e “bastante”, para processar as respostas de percepção de ameaça às necessidades básicas de Competência, Relacionamento e Autonomia, diante das três situações estressoras (Tabela 15).

Tabela 15. Avaliação de ameaça às necessidades básicas de Competência, Relacionamento e Autonomia, em relação às situações estressoras, por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Situações estressoras	Respostas	Avaliação de ameaça às necessidades		
		Q.3	Q.6	Q.7
		Competência n (%)	Relacionamento n (%)	Autonomia n (%)
S1. Falta de lealdade dos amigos	Nem um pouco/ um pouco	10 (18,52)	<b>37 (68,52)</b>	<b>20 (37,04)</b>
	Mais ou menos	<b>23 (42,59)</b>	13 (24,07)	19 (35,19)
	Muito/Bastante	21 (38,89)	4 (7,41)	15 (27,78)
S2. Inconsistência na regra dos pais	Nem um pouco/ um pouco	18 (33,33)	<b>44 (81,48)</b>	<b>35 (64,81)</b>
	Mais ou menos	<b>21 (38,89)</b>	8 (14,81)	15 (27,78)
	Muito/Bastante	15 (27,78)	2 (3,70)	4 (7,40)
S3. Ameaça de agressão e pressão do grupo	Nem um pouco/ um pouco	16 (29,63)	<b>42 (83,34)</b>	5 (9,26)
	Mais ou menos	16 (29,63)	7 (12,96)	17 (31,48)
	Muito/Bastante	<b>22 (40,74)</b>	2 (3,70)	<b>32 (59,26)</b>
Média das opções (%) a		<b>19,33 (35,80)</b>	2,66 (4,93)	17 (31,48)

Nota.<sup>a</sup> Média das opções “muito/bastante”; Q = número da questão da escala.

Frente à questão nº 3 do Questionário de Coping: “Quão capaz (competente) para lidar com a situação você se sentiria?”, os adolescentes indicaram uma percepção de ameaça mediana à sua Competência na S1 e na S2 (o maior percentual de respostas foi “mais ou menos”). A S3, que envolve ameaça de agressão e pressão do grupo, não apresentou ser uma ameaça à Competência, já que as respostas se concentraram nas alternativas “muito/ bastante” (40,74%), (Tabela 15).

A percepção de ameaça à necessidade de Relacionamento (Questão nº 6: “Quanto apoiado (aceito, amado) você se sentiria?” ocorreu nas três situações (maior frequência nas alternativas “nem um pouco/ um pouco”), em especial na S3 (83,34%) (Tabela 15).

Os adolescentes se sentiram bastante ameaçados na sua necessidade de Autonomia (Questão nº 7: “Quanto você acha que poderia mudar o que estava acontecendo com você?”), especialmente em relação à S1 e à S2 que tiveram um maior percentual de respostas “nem um pouco/ um pouco”. A S3 teve um maior percentual de respostas “muito/ bastante”, indicando uma baixa ameaça à Autonomia em relação à situação de ameaça de agressão e pressão do grupo.

Os adolescentes relataram que lidaram com as três situações estressoras, utilizando principalmente a *família de enfrentamento de Resolução de Problemas* (S1: 68,52%; S2: 53,70%; S3: 64,81%;  $M = 62,34$ ) (Tabela 16). Na sequência, utilizaram a *Busca de Informação* (S1: 70,37%; S2: 44,45%; S3: 57,40%;  $M = 57,40$ ), a *Fuga* (S1: 62,96%; S2: 38,89%; S3: 68,52%;  $M = 56,79$ ), que é coerente com a reação emocional de *tristeza*, identificada com maior frequência, e, por fim, a *Oposição* (S1: 51,86%; S2: 55,55%; S3: 57,41%,  $M = 54,94$ ), que é coerente com a reação emocional de *raiva*, identificada com segunda maior frequência (Tabela 13). Todas as famílias citadas têm a média com percentual acima dos 50% (Tabela 16).

As *famílias de enfrentamento* menos utilizadas para as três situações foram: a *Acomodação* (S1: 3,70%; S2: 3,70%; S3: 1,85% de escolhas “muito/ bastante”;  $M = 3,08\%$ ), a *Delegação* (S1: 7,41%; S2: 3,70%; S3: 14,81%;  $M = 8,64$ ), a *Submissão* (S1: 16,66%; S2: 24,08%; S3: 11,11%;  $M = 17,28$ ) e o *Desamparo* (S1: 20,37%; S2: 27,78%; S3: 11,12%;  $M = 19,75$ ) (Tabela 16).

Tabela 16. *Frequência, percentual e média das 12 famílias de enfrentamento, em relação às três situações estressoras, por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N= 54)*

Necessidades	Famílias de enfrentamento	Respostas	Situações estressoras			
			S1 (amigos) <i>n (%)</i>	S2 (pais) <i>n (%)</i>	S3 (amigos) <i>n (%)</i>	Média (%)
Relacionamento	<i>Avaliação como desafio</i> Autoconfiança	Nem um pouco/ um pouco	19 (35,18)	<b>20</b> <b>(37,04)</b>	18 (33,33)	(35,80)
		Mais ou menos	14 (25,93)	15 (27,78)	18 (33,33)	
		Muito/Bastante	<b>21</b> <b>(38,89)</b>	19 (35,19)	18 (33,33)	
	Busca de suporte	Nem um pouco/ um pouco	<b>29</b> <b>(53,70)</b>	<b>37</b> <b>(68,52)</b>	24 (44,44)	(26,54)
		Mais ou menos	14 (25,93)	9 (16,67)	6 (11,11)	
		Muito/Bastante	11 (20,37)	8 (14,82)	24 (44,45)	
Competência	Resolução de problemas	Nem um pouco/ um pouco	7 (12,96)	13 (24,07)	9 (16,67)	<b>(62,34)</b>
		Mais ou menos	10 (18,52)	12 (22,22)	10 (18,52)	
		Muito/Bastante	<b>37</b> <b>(68,52)</b>	<b>29</b> <b>(53,70)</b>	<b>35</b> <b>(64,81)</b>	
	Busca de informações	Nem um pouco/ um pouco	4 (7,41)	20 (37,04)	12 (22,22)	(20,37)
		Mais ou menos	12 (22,22)	10 (18,52)	11 (20,37)	

Tabela 16. (continuação) *Frequência, percentual e média das 12 famílias de enfrentamento, em relação às três situações estressoras, por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N= 54)*

Necessidades	Famílias de enfrentamento	Respostas		Situações estressoras			Média (%)
				S1 (amigos) n (%)	S2 (pais) n (%)	S3 (amigos) n (%)	
		Muito/Bastante		<b>38 (70,37)</b>	<b>24 (44,45)</b>	<b>31 (57,40)</b>	<b>(57,40)</b>
Autonomia	Acomodação	Nem pouco/pouco	um um	<b>43 (79,63)</b>	<b>48 (88,89)</b>	<b>51 (94,44)</b>	
		Mais menos	ou	9 (16,67)	4 (7,41)	2 (3,70)	
		Muito/Bastante		2 (3,70)	2 (3,70)	1 (1,85)	(3,08)
	Negociação	Nem pouco/pouco	um um	15 (27,78)	20 (37,04)	15 (27,78)	
		Mais menos	ou	10 (18,52)	11 (20,37)	12 (22,22)	
		Muito/Bastante		<b>29 (53,71)</b>	<b>23 (42,59)</b>	<b>27 (50)</b>	<b>(48,76)</b>
	Média			<b>42,59</b>	<b>32,40</b>	<b>41,97</b>	<b>38,98</b>
Relacionamento	Avaliação como ameaça Delegação	Nem pouco/pouco	um um	<b>48 (88,88)</b>	<b>45 (83,34)</b>	<b>40 (71,07)</b>	
		Mais menos	ou	2 (3,70)	7 (12,96)	6 (11,11)	
		Muito/Bastante		4 (7,41)	2 (3,70)	8 (14,81)	8,64
	Isolamento	Nem pouco/pouco	um um	17 (31,49)	<b>24 (44,44)</b>	19 (35,18)	
		Mais menos	ou	10 (18,52)	11 (20,37)	8 (14,81)	
		Muito/Bastante		<b>27 (50)</b>	19 (35,18)	<b>27 (50)</b>	<b>45,06</b>
Competência	Desamparo	Nem pouco/pouco	um um	<b>32 (59,26)</b>	<b>32 (59,26)</b>	<b>27 (50)</b>	
		Mais menos	ou	11 (20,37)	7 (12,96)	13 (24,07)	
		Muito/Bastante		11 (20,37)	15 (27,78)	6 (11,12)	19,75
	Fuga	Nem pouco/pouco	um um	11 (20,37)	19 (35,19)	11 (20,37)	
		Mais menos	ou	9 (16,67)	14 (25,93)	6 (11,11)	
		Muito/Bastante		<b>34 (62,96)</b>	<b>21 (38,89)</b>	<b>37 (68,52)</b>	<b>56,79</b>
Autonomia	Submissão	Nem pouco/pouco	um um	<b>31 (57,41)</b>	<b>23 (42,60)</b>	<b>36 (66,67)</b>	
		Mais menos	ou	14 (25,93)	18 (33,33)	12 (22,22)	
		Muito/Bastante		9 (16,66)	13 (24,08)	6 (11,11)	17,28
	Oposição	Nem pouco/pouco	um um	13 (24,07)	18 (33,33)	15 (27,77)	
		Mais menos	ou	13 (24,07)	6 (11,11)	8 (14,81)	
		Muito/Bastante		<b>28 (51,86)</b>	<b>30 (55,55)</b>	<b>31 (57,41)</b>	<b>54,94</b>
	Média			<b>34,83</b>	<b>30,86</b>	<b>35,49</b>	<b>33,74</b>

Nota.<sup>a</sup> Média das opções "muito/bastante".

Algumas *famílias de enfrentamento* apresentaram diferenças em relação à situação, tendo sido considerado as escolhas “muito/ bastante” por, pelo menos 50% dos participantes:

S1- *com os amigos (lealdade)*- com *famílias de enfrentamento* mais frequentes: *Busca de informação* (70,37%), *Resolução de Problemas* (68,52%), *Fuga* (62,96%) *Negociação* (53,71%), *Oposição* (51,86%) e *Isolamento* (50%); no geral, a situação foi mais avaliada como *desafio* ( $M = 42,59$ ) do que como *ameaça* ( $M = 34,83$ );

S2 – *com os pais* – com *famílias de enfrentamento* mais frequentes de *Oposição* (55,55%) e *Resolução de Problemas* (53,70%); no geral, a situação foi mais avaliada como *desafio* ( $M = 32,40$ ) do que como *ameaça* ( $M = 30,86$ ), porém com uma pequena diferença entre as duas;

S3 – *com amigos (agressão)* – com *famílias de enfrentamento* mais frequentes de *Fuga* (68,52%), *Resolução de Problemas* (64,81%), *Busca de informação* (57,40%), *Oposição* (57,40%), *Negociação* (50%) e *Isolamento* (50%); no geral, a situação foi mais avaliada como *desafio* ( $M = 41,97$ ) do que como *ameaça* ( $M = 35,49$ ) (Tabela 16).

O indicador geral do *Coping Adaptativo* foi mais frequente ( $M = 38,98$ ), do que o indicador geral do *Coping Mal Adaptativo* ( $M = 33,74$ ). Considerando as necessidades básicas, a *Competência* ( $M = 19,33$ ) obteve maior percepção, tanto de desafio, quanto de ameaça, sendo seguida de ameaça à *Autonomia* ( $M = 17$ ) e, com um valor muito menor, a ameaça ao *Relacionamento* ( $M = 2,66$ ), nas três situações.

Considerando as *famílias de enfrentamento* mais frequentes (pelo menos por 50% dos adolescentes), percebeu-se que avaliaram as três situações estressoras mais como desafio do que como ameaça, tendo apresentado um repertório maior para lidar com os estressores relacionados às situações com os amigos (6 *famílias de enfrentamento* – *Busca de Informação*, *Resolução de Problemas*, *Fuga*, *Negociação*, *Oposição* e *Isolamento*) do que com os pais (2 *famílias de enfrentamento* – *Oposição* e *Resolução de Problemas*).

As famílias de *Isolamento*, *Resolução de problemas* e *Busca de Informação* foram mais relatadas na S1 e S3, ambas envolvendo situações com os amigos; porém, na situação com os pais (S2), as *famílias de enfrentamento* mais relatadas, foram a *Oposição* e a *Resolução de Problemas*. Ou seja, a *Resolução de problemas* foi a *família de enfrentamento* mais utilizada nas três situações.

O inverso ocorreu com a família de *Submissão*, que foi menos utilizada nas relações com os amigos (S1: 16,66%; S3: 11,11% das escolhas), porém mais utilizada nas situações com os pais (24,08%) (Tabela 16). A família *Acomodação* foi a menos utilizada nas três situações.

Após identificar os principais estressores para esses adolescentes e a forma como lidam com as situações mais típicas, foram analisados os estressores específicos das queixas de dor de cabeça e seu enfrentamento como apresentado a seguir.

### **3.4. Estressores da dor de cabeça e seu enfrentamento em adolescentes com queixa de dor de cabeça**

Para avaliar a resposta ao estresse em relação à dor de cabeça, foi utilizado o *Response to Stress Questionary - Headache* (RSQ-H) (Connor-Smith et al., 2000). A primeira parte do instrumento, composta por 13 itens, solicita que os participantes assinalem a frequência (*nunca*, *às vezes*, *quase sempre* e *sempre*) com que algumas situações ou sentimentos relacionados à dor de cabeça ocorrem, considerando os últimos seis meses. Destacando as frequências “*quase sempre*” e “*sempre*”, os estressores que ocorrem maior ou igual a 50% da amostra são: sentir-se ansioso (62,96%), preocupações (59,26%) e estresse na escola (50%) (Tabela 17). No item “outro”, em que os participantes tinham a opção de colocar outros estressores, 9 participantes relataram situações como: ficar com sono (n = 4), pressão familiar (n = 1), raiva (n = 1), pessoas falando alto (n = 1), estar desempregado (n = 1) e iluminação muito forte (n = 1).

Tabela 17. *Estressores da dor de cabeça segundo adolescentes (N = 54)*

Estressores (variação = 1 a 4)	Frequência				Média (DP)
	Nunca n (%)	Às vezes n (%)	Quase sempre n (%)	Sempre n (%)	
Estresse na escola	0	<b>27 (50)</b>	20 (37,04)	7 (12,96)	2,63 (± 0,71)
Estresse em casa/ família	4 (7,41)	<b>30 (55,56)</b>	12 (22,22)	8 (14,81)	2,44 (± 0,84)
Chorar	6 (11,11)	24 (44,44)	15 (27,78)	9 (16,67)	2,50 (± 0,91)
Conflitos, dúvidas	4 (7,41)	<b>26 (48,15)</b>	18 (33,33)	6 (11,11)	2,48 (± 0,79)
Discussões	8 (14,81)	<b>20 (37,04)</b>	16 (29,63)	10 (18,52)	2,52 (± 0,97)
Preocupações	3 (5,56)	<b>19 (35,19)</b>	16 (29,63)	16 (29,63)	2,83 (± 0,93)
Provocações	18 (33,33)	<b>22 (40,74)</b>	6 (11,11)	8 (14,81)	2,07 (± 1,03)
Injustiça	22 (40,74)	<b>23 (42,59)</b>	2 (3,70)	7 (12,96)	1,89 (± 0,98)
Sentir-se ansioso	4 (7,41)	16 (29,63)	12 (22,22)	<b>22 (40,74)</b>	2,96 (± 1,01)
Perturbação na sala de aula	17 (31,48)	<b>21 (38,89)</b>	7 (12,96)	9 (16,67)	2,15 (± 1,05)
Pressão escolar, excesso de tarefas	8 (14,81)	<b>31 (57,41)</b>	5 (9,26)	10 (18,52)	2,31 (± 0,95)
Sentir-me triste	9 (16,67)	<b>22 (40,74)</b>	13 (24,07)	10 (18,52)	2,44 (± 0,98)

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

A segunda parte do RSQ-H, composta por três questões, sendo a primeira questão sobre a frequência de DC, a segunda sobre o quanto as DC são um problema ou são estressantes, e a terceira, o quanto acredita ter o controle sobre suas DC. Todas as questões foram respondidas considerando os últimos seis meses. A Tabela 18 mostra a frequência das respostas.

A maior parte dos adolescentes (51,85%) respondeu ter dor de cabeça várias vezes por semana, sendo a dor de cabeça bastante estressante para 53,70% deles e 51,85% da amostra consideravam que tenham pouco controle sobre a dor de cabeça (Tabela 18).

Tabela 18. *Frequência da dor de cabeça, percepção de estresse e de controle, por adolescentes (N = 54)*

<b>Questões</b>	<b>Alternativas</b>	<b>Respostas n (%)</b>
Frequência da dor de cabeça (variação = 1 a 5)	Uma vez a cada vários meses	0,00
	Uma vez por mês	2 (3,70)
	Uma vez por semana	12 (22,22)
	Várias vezes por semana	28 (51,85)
	Uma vez ao dia ou mais	12 (22,22)
<b>Média (DP)</b>		<b>3,93 (± 0,77)</b>
Percepção de estresse da dor de cabeça (variação = 1 a 4)	Nem um pouco	0,00
	Um pouco	10 (18,52)
	Bastante	29 (53,70)
	Muito	15 (27,78)
<b>Média (DP)</b>		<b>3,09 (± 0,68)</b>
Controle sobre a dor de cabeça (variação = 1 a 4)	Nenhum	9 (16,67)
	Pouco	28 (51,85)
	Um pouco	14 (25,93)
	Muito	3 (5,56)
<b>Média (DP)</b>		<b>2,20 (± 0,79)</b>

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

Na terceira parte do instrumento, composta por 57 questões, foi possível identificar as EE e as respostas involuntárias ao estresse da DC. As respostas de estresse involuntárias foram as mais frequentes ( $M = 28,92$ ). Destacou-se o Engajamento Involuntário (*Média Proporcional* = 0,24), que inclui respostas como: *Ruminação, Pensamentos Intrusivos, Excitação Fisiológica, Excitação Emocional e Ação Involuntária*, sendo a *Excitação Emocional* a mais frequente (*Média Proporcional* = 0,06). O Desengajamento Involuntário foi outra resposta de estresse frequente (*Média Proporcional* = 0,22), com destaque para as respostas de *paralisação* (*Média Proporcional* = 0,07). O tipo de *coping* mais frequente foi o de o Engajamento de Controle Secundário, com a maior média (*Média Proporcional* = 0,19) (*Média Proporcional* = 0,19), seguido do Desengajamento (*Média Proporcional* = 0,18), com destaque para a EE *Pensamento Fantasioso*, com média (*Média Proporcional* = 0,07) (Tabela 19).



Tabela 19. Médias de estratégias de enfrentamento e respostas involuntárias ao estresse em adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Tipos de categorias de respostas ao estresse	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média Proporcional (DP)
<b>Coping de Engajamento de Controle Primário</b>	20,72 (± 5,00)	21,00 (13-35)	0,17 (± 0,02)
Resolução de problemas	7,85 (± 1,87)	8,00 (5-12)	0,06 (± 0,01)
Regulação emocional	6,44 (± 1,93)	6,00 (3-12)	0,05 (± 0,01)
Expressão emocional	6,43 (± 2,07)	6,00 (3-12)	0,05 (± 0,01)
<b>Coping de Engajamento de Controle Secundário</b>	22,96 (± 5,95)	23,00 (13-39)	0,19 (± 0,03)
Pensamento positivo	6,00 (± 2,12)	6,00 (3-11)	0,05 (± 0,01)
Reestruturação cognitiva	5,41 (± 2,00)	5,00 (3-12)	0,04 (± 0,01)
Aceitação	5,50 (± 1,46)	6,00 (3-9)	0,05 (± 0,01)
Distração	6,06 (± 2,03)	6,00 (3-12)	0,05 (± 0,01)
<b>Coping de Desengajamento</b>	21,74 (± 4,70)	21,00 (11-34)	0,18 (± 0,02)
Evitação	7,63 (± 1,80)	7,00 (4-12)	0,06 (± 0,01)
Negação	5,96 (± 1,85)	6,00 (3-12)	0,05 (± 0,01)
Pensamento fantasioso	8,15 (± 2,25)	8,00 (3-12)	0,07 (± 0,01)
<b>Média de categorias de respostas voluntárias (EE)</b>	<b>21,80</b>		
<b>Engajamento Involuntário</b>	30,24 (± 8,46)	27,00 (15-56)	0,24 (± 0,03)
Ruminação	6,19 (± 1,86)	6,00 (3-11)	0,05 (± 0,01)
Pensamentos intrusivos	5,56 (± 2,14)	5,00 (3-12)	0,04 (± 0,01)
Excitação fisiológica	4,89 (± 1,67)	5,00 (3-11)	0,04 (± 0,01)
Excitação emocional	7,93 (± 2,23)	7,00 (3-12)	0,06 (± 0,01)
Ação involuntária (impulsiva)	5,69 (± 2,68)	5,00 (3-12)	0,05 (± 0,02)
<b>Desengajamento Involuntário</b>	27,61 (± 6,72)	26,00 (15-42)	0,22 (± 0,03)
Entorpecimento emocional	5,85 (± 1,85)	6,00 (3-11)	0,05 (± 0,01)
Interferência cognitiva	7,63 (± 2,09)	7,00 (3-12)	0,06 (± 0,01)
Paralisação	8,44 (± 2,05)	8,00 (5-12)	0,07 (± 0,01)
Fuga	5,96 (± 2,03)	6,00 (3-10)	0,05 (± 0,01)
<b>Média de categorias de respostas involuntárias</b>	<b>28,92</b>		
<b>Média Total</b>	123,3 (± 25,26)	119,0 (79-196)	

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

O RSQ- H também apresenta dez questões com alternativas a serem assinaladas (Tabela N43, APÊNDICE N), mostrando que os *pais* são as pessoas mais procuradas

pelos adolescentes para que eles possam falar sobre a dor e pedir ajuda para manejar a dor, já para lidar com as emoções, eles buscam em sua maioria os amigos. O sentimento mais comum, ao sentir dor de cabeça, é de tristeza (64,81%), seguida da raiva (62,96%).

Nas duas questões abertas do RSQ-H, sobre o que pensa e o que faz para tentar amenizar a dor de cabeça, tanto no pensamento, quanto no comportamento, às respostas foram parecidas. No comportamento, as mais frequentes foram “dormir” (33,3%) e “tomar remédio” (26%), entre outras respostas. No pensamento para amenizar a dor, as respostas estão relacionadas a “tomar medicamento” (37%), “dormir” (24%) e “deitar” (11%). A Tabela 44n, apresenta todas as respostas dadas pelos adolescentes (APÊNDICE N).

### **3.5. Qualidade de vida de adolescentes com queixa de dor de cabeça**

Para avaliar a qualidade de vida desses adolescentes com DC, foi utilizado o Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996), com 68 questões, e duas escalas visuais analógicas. Na primeira escala, que solicita saber a satisfação que o adolescente teve na semana passada com sua vida geral, considerando: de 0 (completamente insatisfeito) a 10 (completamente satisfeito) a média obtida foi de 6,13; na segunda escala visual analógica foi solicitado avaliar o quanto esteve satisfeito com a saúde na semana passada, obtendo-se a média de 5,78 (Tabela 20).

Tabela 20. *Qualidade de vida de adolescentes com queixas de dor de cabeça (N = 54)*

<b>Domínios</b>	<b>Subescalas</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana (Amplitude)</b>
Funcionamento Psicológico (variação = 1 a 4)		2,38 (± 0,36)	2,30 (1,79-3,30)
	Estresse	2,24 (± 0,66)	2,14 (1-4)
	Harmonia	2,41 (± 0,64)	2,60 (1-3,80)
	Fadiga	2,49 (± 0,67)	2,50 (1,25-3,75)
	Força/vitalidade	2,13 (± 0,83)	2,00 (1-4)
	Depressão	2,11 (± 0,61)	2,00 (1-3,43)
	Bom humor	2,62 (± 0,59)	2,50 (1,50-4)
	Otimismo com o futuro	3,04 (± 0,65)	3,00 (1,33-4)
	Estado Funcional (variação = 1 a 4)		2,24 (± 0,59)
Impacto da cefaleia nas atividades diárias		2,25 (± 0,66)	2,25 (1-3,75)
Impacto da cefaleia nas atividades de lazer		2,23 (±0,70)	2,17 (1-4)
Funcionamento físico (variação = 1 a 4)		2,33 (± 0,59)	2,20 (1,10-3,60)
	Sintomas somáticos	2,33 (± 0,59)	2,20 (1,10-3,60)
Funcionamento Social (variação = 1 a 4)		2,55 (± 0,55)	2,55 (1,27-3,82)
	Funcionamento em casa e na escola	2,47 (± 0,58)	2,50 (1-4)
	Interação social com irmãos e irmãs	2,49 (± 1,21)	2,50 (1-4)
	Interação social com jovens	2,73 (± 0,78)	3,00 (1-4)
	Satisfação com a vida em geral (variação = 0 a 10)	6,13 (± 2,23)	6,50 (1-10)
Satisfação com a saúde em geral (variação = 0 a 10)	5,78 (± 2,23)	6,00 (1-10)	

*Fonte:* Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

No domínio Funcionamento psicológico, as maiores médias foram: Otimismo com o futuro ( $M = 3,04$ ), Bom humor ( $M = 2,62$ ) e Fadiga ( $M = 2,49$ ). No domínio Estado Funcional, ocorreu uma pequena diferença entre o Impacto da cefaleia nas atividades diárias ( $M = 2,25$ ) e nas atividades de lazer ( $M = 2,23$ ). O domínio Funcionamento Físico é composto somente pela subescala de Sintomas Somáticos ( $M = 2,33$ ), e finalmente, no Funcionamento Social, a maior média foi Interação social com jovens ( $M = 2,73$ ) (Tabela 20).

A Tabela 21 apresenta os itens mais assinalados pelos adolescentes (considerando “muitas vezes” e “sempre”, acima ou igual a 50%) nos domínios

Funcionamento Psicológico, Físico e Social e em Estado Funcional. Na subescala Impacto das cefaleias, os itens “minha habilidade em ler e escutar música” obtiveram 48,15% de frequência.

Tabela 21. Respostas mais frequentes sobre a Qualidade de vida de adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Domínios	Subescalas	Itens respondidos	Respostas n (%)
Funcionamento psicológico	Stress	Nervoso	36 (66,67)
		Ansioso	34 (62,97)
		Preocupado	28 (51,85)
	Depressão	Eu não dormi bem	30 (55,55)
		Eu não senti vontade de fazer nada.	27 (50,00)
	Fadiga	Cansado	47 (87,04)
		Esgotado	29 (53,70)
	Harmonia	Feliz	37 (68,52)
		Bem	29 (53,70)
	Bom humor	Eu pensei que tenho uma boa vida.	32 (59,26)
		Geralmente, eu estava de bom humor.	30 (55,55)
	Otimismo com o futuro	Eu me senti alegre.	27 (50,00)
		Eu pensei que no futuro eu teria uma boa casa e um bom emprego e seria capaz de conseguir dinheiro suficiente.	45 (83,33)
		Eu pensei que eu iria se feliz no futuro.	38 (70,37)
Eu pensei que tudo vai ficar bem.		35 (64,81)	
Estado funcional	Impacto das cefaleias nas atividades diárias Impacto das cefaleias nas atividades de lazer	Meu sono ou meus horários para dormir.	29 (53,70)
		Assistir televisão	29 (53,70)
		Pensar sobre as coisas.	27 (50,00)
Funcionamento físico	Sintomas somáticos	Dores de cabeça.	43 (79,63)
		Me sentir cansado.	37 (68,52)
Funcionamento social	Funcionamento em casa e na escola	Eu me dei bem (com um dos) meus pais.	39 (72,22)
		Meus resultados escolares ou resultados no trabalho foram bons.	31 (57,4)
		Eu me diverti na escola ou no trabalho.	28 (51,85)
	Interação social com jovens	Eu poderia falar com um amigo sobre coisas pessoais ou problemas.	39 (72,22)
		Eu me diverti com jovens da minha idade.	34 (62,96)
	Interação social com irmãos e irmãs	Eu poderia falar (com um dos) meus irmãos.	27 (50)

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

### 3.6. Análises inferenciais de estresse, *coping* e qualidade de vida de adolescentes com queixa de dor de cabeça

#### 3.6.1. Comparações de gênero

Tabela 22. Diferenças significativas de gênero em relação a estressores, *coping* e qualidade de vida em adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Gêneros feminino e masculino	Sexo feminino (n = 46)	Sexo masculino (n = 8)	Valor P*
	Média (DP)	Média (DP)	
APES			
Percepção de eventos ruins (variação = 1 a 9)	21,28 (±9,89)	10,75 (±5,99)	<b>0,004*</b>
Percepção de eventos bons (variação = 1 a 9)	21,33 (±5,72)	15,88 (±3,48)	<b>0,014*</b>
RSQ-H			
Engajamento involuntário	31,24 (±8,39)	24,50 (±6,74)	<b>0,033*</b>
Ruminação	6,46 (±1,82)	4,63 (±1,30)	<b>0,008*</b>
Excitação emocional	8,20 (±2,18)	6,38 (±2,00)	<b>0,035*</b>
Interferência cognitiva	7,98 (±1,93)	5,63 (±2,00)	<b>0,005*</b>
RSQ total	126,07 (±24,85)	107,25 (±22,78)	<b>0,041*</b>
QV			
Força vital	2,03 (±0,79)	2,71 (±0,90)	<b>0,044*</b>
Depressão	2,18 (±0,61)	1,71 (±0,48)	<b>0,044*</b>

Nota.\*  $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: APES = Adolescent Perceived Events Scale (Grant & Compas, 1995).

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

Verificou-se diferença significativa a favor das meninas para escores de percepção de eventos ruins ( $p = 0,004$ ) e bons ( $p = 0,014$ ) (Tabela 22).

Não foram encontradas diferenças significativas de gênero nos escores da Escala de *Coping*, mas, sim, nas famílias de *Busca de Suporte* ( $M = 7,80$ ) e *Busca de Informação* ( $M = 10,54$ ) para as meninas, (APÊNDICE O) (Tabela O46).

Verificou-se diferenças significativas entre os gêneros no *Coping de Engajamento Involuntário* ( $p = 0,033$ ), no resultado total (RSQ total) ( $p = 0,041$ ) e nas EE *Ruminação* ( $p = 0,008$ ), *Excitação Emocional* ( $p = 0,035$ ) e *Interferência Cognitiva* ( $p = 0,005$ ), sendo os escores maiores do gênero feminino (Tabela 22).

Verificou-se diferenças significativas entre os sexos em termos de Força /vitalidade ( $p = 0,44$ ) de qualidade de vida, sendo maior no sexo masculino, e o escore

Depressão ( $p = 0,044$ ) de qualidade de vida, sendo maior no sexo feminino (Tabela 22).

### 3.6.2. Comparações entre grupos de diferentes frequências de dor de cabeça

Para verificar se a frequência da dor (diária, de duas a três vezes por semana e uma vez por semana) fazia diferença na QV desses adolescentes, na percepção de estressores e na forma de enfrentamento. Observaram-se uma maior média de intensidade de dor ( $M = 5,91$ ) e percepção de eventos ruins ( $M = 21,22$ ) na frequência de dor diária (dados completos no APÊNDICE P, Tabela P49).

Tabela 23. Diferenças significativas entre indicadores de coping e qualidade de vida em adolescentes com queixa de dor de cabeça segundo a frequência de dor ( $N = 54$ )

Frequência de dor	Diária (n = 23)	2 a 3 vezes por semana (n = 16)	1 vez por semana (n = 15)	Valor P*
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Escala de Enfrentamento				
Isolamento	10,91 (a) (± 2,23)	8,69 (b) (± 2,15)	8,60 (c) (± 2,47)	<b>0,006*</b> (a,b)
Desamparo	8,43 (a) (± 3,30)	5,81(b) (± 1,60)	7,73 (c) (± 2,55)	<b>0,020*</b> (a,b)
Coping mal adaptativo	54,39 (a) (± 7,17)	46,81 (b) (± 9,12)	47,33 (c) (± 7,93)	<b>0,012*</b> (a,b)
RSQ-H				
Estressores (n = 12; variação = 1 a 4)	2,75 (a) (±0,61)	2,25 (b) (±0,48)	2,21 (c) (±0,46)	<b>0,015*</b> (a,b)
Coping de desengajamento	23,70 (a) (±4,45)	20,63 (b) (±4,90)	19,93 (c) (±3,97)	<b>0,028*</b> (a,c)
Evitação	8,39 (a) (±1,90)	7,00 (b) (±1,71)	7,13 (c) (±1,36)	<b>0,033*</b> (a,b)
QV				
Depressão	2,41 (a) (±0,59)	1,95 (b) (±0,34)	1,83 (c) (±0,69)	<b>0,005*</b> (a,c)

Nota.\* $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Kruskal-Wallis (não paramétrico).

Fonte: Escala de Enfrentamento (Lees, 2007)

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000)

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996)

Os adolescentes com dor de cabeça diária apresentaram médias significativamente maiores de *Coping* mal adaptativo, com destaque para o Isolamento e Desamparo (Tabela P50, APÊNDICE P). Todos em relação aos adolescentes que sentiam dor de cabeça por 2 a 3 vezes por semana.

Verificou-se diferença significativa pelo Teste de Comparações Múltiplas de Dunn, ( $p \leq 0,05$ ) em relação aos estressores da DC, segundo a frequência diária, de

duas a três vezes por semana e uma vez por semana ( $p = 0,015$ ). Na variável *evitação*, entre a frequência diária e de duas a três vezes por semana ( $p = 0,033$ ), e no *Coping de Desengajamento* entre a frequência diária e uma vez por semana ( $p = 0,028$ ).

Verificou-se diferença significativa pelo Teste de Comparações Múltiplas de Dunn, ( $p \leq 0,05$ ) na QV, em termos de *Depressão* ( $p = 0,005$ ) para adolescentes com DC, diárias e comparativamente aqueles que sentiam dor uma vez por semana (Tabela 23).

### **3.6.3. Comparações entre grupos de adolescentes com queixa de dor de cabeça com e sem consultar o médico**

Não foi encontrada diferença significativa entre os participantes com e sem consulta médica no que se refere à intensidade da dor e escores do APES (APÊNDICE Q, Tabela Q53).

Não foram encontradas diferenças significativas entre os participantes com e sem consulta médica no que se refere aos escores da Escala de Enfrentamento, dados completos no (APÊNDICE Q, Tabela Q54).

Houve diferenças significativas no *Coping* de Engajamento de Controle Secundário ( $p = 0,013$ ) e na Regulação Emocional ( $p = 0,048$ ), Expressão Emocional ( $p = 0,012$ ), Pensamento Positivo ( $p = 0,004$ ), Aceitação ( $p = 0,006$ ) e Paralisação ( $p = 0,014$ ), maiores nos participantes que passaram por consulta médica (Tabela 24).

Tabela 24. *Diferenças significativas entre indicadores de coping e qualidade de vida em adolescentes com queixa de dor de cabeça com e sem consulta com o médico (N = 54)*

Consulta médica	Com consulta com o médico (n = 34)	Sem consulta com o médico (n = 20)	Valor P*
	Média (DP)	Média (DP)	
RSQ-H			
Regulação emocional	6,85 (±2,11)	5,75 (±1,37)	<b>0,048*</b>
Expressão emocional	6,91 (±1,93)	5,60 (±2,09)	<b>0,012*</b>
Coping de engajamento de controle secundário	24,56 (±6,08)	20,25 (±4,71)	<b>0,013*</b>
Pensamento Positivo	6,65 (±2,17)	4,90 (±1,52)	<b>0,004*</b>
Aceitação	5,91 (±1,42)	4,80 (±1,28)	<b>0,006*</b>
Paralisação	8,94 (±2,00)	7,60 (±1,90)	<b>0,014*</b>
QV			
Harmonia	2,57 (±0,62)	2,15 (±0,60)	<b>0,030*</b>
Força vital	2,35 (±0,86)	1,75 (±0,62)	<b>0,012*</b>

Nota.\*  $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000)

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

Verificou-se diferença significativa para a qualidade de vida desses adolescentes nos domínios Harmonia ( $p = 0,030$ ) e Força Vital ( $p = 0,012$ ), sendo maior nos participantes com consulta médica (Tabela 24). Os dados de todas as subescalas encontram-se no APÊNDICE Q, Tabelas Q55 e Q56.

#### **3.6.4. Comparações entre grupos de adolescentes com queixa de dor de cabeça com e sem o diagnóstico de enxaqueca**

Pelos resultados, verificou-se diferença significativa entre a percepção de eventos ruins, sendo maior nos adolescentes sem o diagnóstico de enxaqueca ( $p = 0,036$ ) (Tabela 25).

Através dos resultados, verificou-se diferença significativa na família *Desamparo*, sendo maior nos participantes com diagnóstico de enxaqueca ( $p = 0,047$ ) (Tabela 25).



Tabela 25. *Diferenças significativas entre indicadores de estressores e coping em adolescentes com queixa de dor de cabeça com e sem diagnóstico de enxaqueca (N = 54)*

Diagnóstico de enxaqueca	Com diagnóstico de enxaqueca (n = 13)	Sem diagnóstico de enxaqueca (n = 41)	Valor P*
	Média (DP)	Média (DP)	
APES			
Percepção de eventos ruins (variação = 1 a 9)	14,54 (±8,39)	21,37 (±10,13)	<b>0,036*</b>
Escala de Enfrentamento			
Desamparo	8,85 (±3,08)	7,02 (±2,69)	<b>0,047*</b>

Nota. \*  $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: APES = Adolescent Perceived Events Scale (Grant & Compas, 1995).

Fonte: Escala de Enfrentamento (Lees, 2007).

Não foi encontrada diferença significativa entre os adolescentes com e sem diagnóstico de enxaqueca no que se refere aos itens do RSQ-H. Porém, na Aceitação, a média ( $M = 6,08$ ) foi maior nos adolescentes com diagnóstico de enxaqueca do que a média sem diagnóstico de enxaqueca ( $M = 5,32$ ). (Dados completos no APÊNDICE R, Tabela R58).

Não foi encontrada diferença significativa entre os participantes com e sem diagnóstico de enxaqueca no que se refere aos escores de qualidade de vida. Porém nos adolescentes sem diagnóstico de enxaqueca a média do Estresse ( $M = 2,33$ ) e da Depressão ( $M = 2,19$ ) foram maiores do que nos com diagnóstico de enxaqueca ( $M = 1,96$ ) e ( $M = 1,87$ ) respectivamente (APÊNDICE R, Tabelas R59 e R60).

### 3.6.5. Comparações entre grupos de adolescentes com queixa de dor de cabeça e o tempo da duração da dor

Não foi verificada diferença significativa entre o tempo de dor dos participantes em termos de idade, intensidade de dor e percepção de eventos e termos de estratégias de enfrentamento. (Os dados completos estão disponíveis no APÊNDICE S, Tabela S61).

Tabela 26. *Diferenças significativas entre indicadores de enfrentamento e qualidade de vida em adolescentes com diferentes tempos de duração de dor de cabeça (N = 54)*

Tempo de duração de dor de cabeça	1-3 horas (n = 8)	3-10 horas (n = 11)	10-24 horas (n = 13)	> 24 horas (n = 17)	Não sabe (n = 5)	Valor P*
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
RSQ-H						
Engajamento involuntário	24,50 (a) (± 2,45)	27,82 (b) (± 7,85)	32,62 (c) (± 7,74)	33,94 (d) (± 9,38)	26,00 (e) (± 6,08)	<b>0,027*</b> (a,d)
Excitação emocional	6,38 (a) (± 1,19)	7,27 (b) (± 2,00)	8,62 (c) (± 2,29)	9,00 (d) (± 2,32)	6,40 (e) (± 0,89)	<b>0,006*</b> (d,e)
Fuga	5,00 (a) (± 1,51)	4,55 (b) (± 1,29)	5,56 (c) (± 2,21)	6,94 (d) (± 2,11)	5,00 (e) (± 1,41)	<b>0,027*</b> (d,b)
QV						
Fadiga	2,03 (a) (± 0,41)	2,16 (b) (± 0,50)	2,85 (c) (± 0,64)	2,60 (d) (± 0,69)	2,65 (e) (± 0,82)	<b>0,026*</b> (a,c)

Nota.\*  $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Kruskal-Wallis (não paramétrico).

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

Contudo, verificou-se diferença significativa no Engajamento Involuntário ( $p = 0,027$ ), maior nos adolescentes com dor de cabeça com duração maior de 24 horas e entre uma e três horas; na Excitação Emocional ( $p = 0,006$ ), sendo maior nos adolescentes com dor de cabeça com duração maior de 24 horas e entre os que não sabem o tempo de dor; e também em Fuga ( $p = 0,027$ ), maior nos adolescentes com dor de cabeça com duração maior de 24 horas e entre três a dez horas de duração de dor. Também foram observadas diferenças entre as médias dos estressores, maior nos com duração de dor mais de 24 horas com dor ( $M = 2,62$ ) e menor nos com dor de uma a três horas ( $M = 1,69$ ), assim como em Excitação Emocional e Ação Involuntária (Tabela 26).

Verificou-se um resultado significativo para Fadiga ( $p = 0,026$ ), com diferença entre a duração de uma a três horas de dor e dez a 24 horas de dor. Na Depressão e Funcionamento físico (sintomas somáticos), também foi significativa a diferença entre

as médias ( $M = 1,63$ ) de uma a três horas de dor e ( $M = 2,28$ ) em mais de 24 horas, e ( $M = 1,98$ ) de uma a três horas de dor e ( $M = 2,54$ ) em mais de 24 horas respectivamente.

### **3.6.6. Análise de mediação de coping na relação entre estressores e Qualidade de vida**

Foram realizadas análises de equações estruturais (Teste de Sobel e Aroian) para analisar o efeito de mediação das EE e estressores (RSQ-H) na relação entre percepção de eventos ruins (APES) e da Qualidade de vida. Os resultados não identificaram função de mediação entre essas variáveis (APÊNDICE T, Tabela T65).

### **3.6.7. Análise das relações entre estresse, coping e qualidade de vida entre adolescentes com queixa de dor de cabeça**

No gráfico, que será apresentado nas próximas seções, os nodos representam as variáveis analisadas e as linhas ou setas (edges) representam as relações entre os nodos (Machado & Bandeira, 2015). Foi utilizado o algoritmo Fruchter-man-Reingold para a disposição dos nodos, gerando conjuntos fortemente correlacionados de itens a se agruparem (Fruchterman & Reingold, 1991). As Figuras 6 e 7, a seguir, dispuseram a análise de rede da amostra em dois modelos gráficos, de acordo com os padrões de relações entre os elementos de um sistema, gerando uma rede geral, com os indicadores mais gerais dos instrumentos, outra rede com os indicadores mais específicos da Escala de Enfrentamento (12 famílias) e do QLY-H.

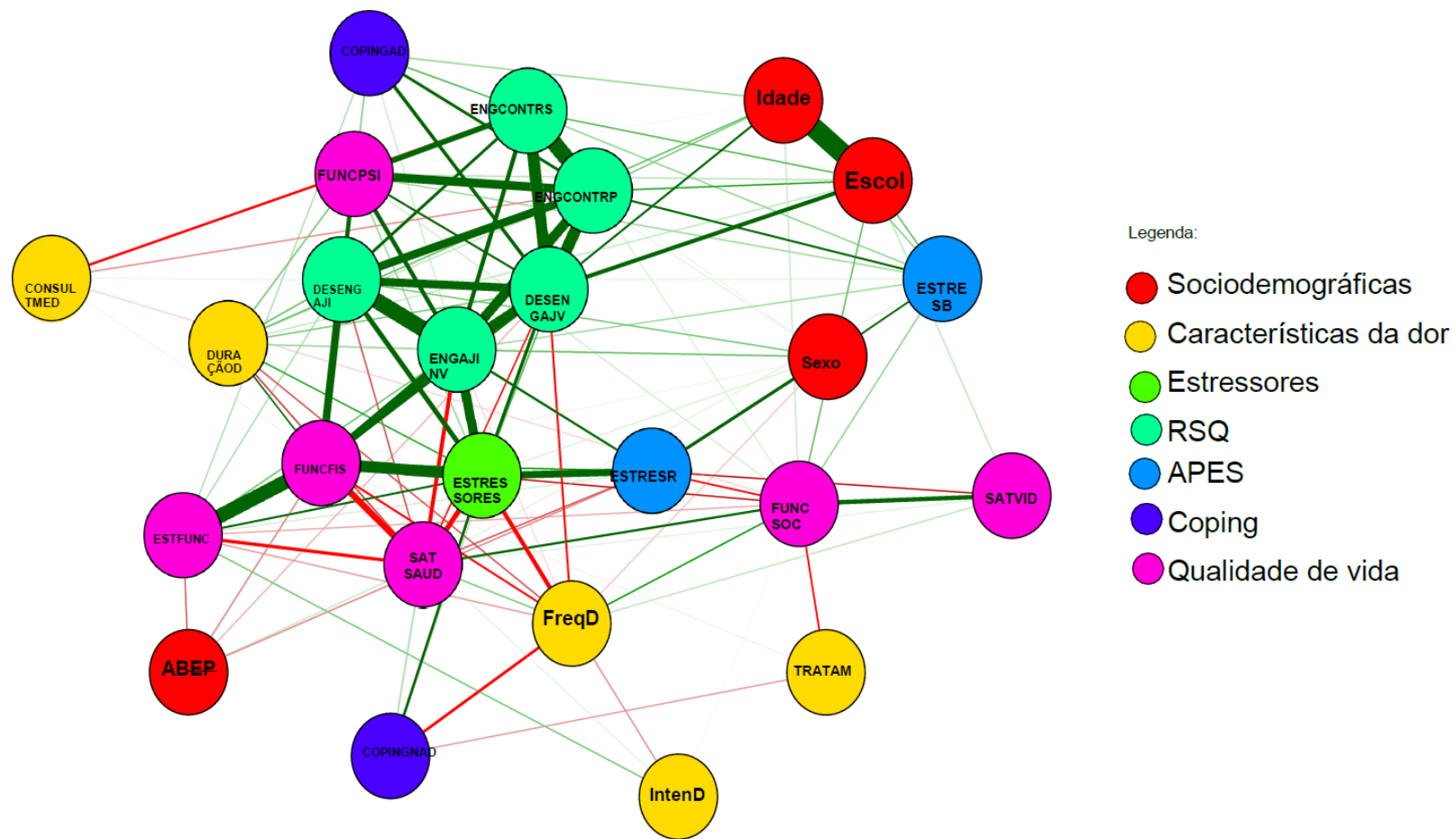


Figura 6. Análise de redes de correlação entre indicadores gerais sócio demográficos, estressores, coping e qualidade de vida em adolescentes com queixa de dor de cabeça (N=54).

## Legenda:

*Vermelho:* características sociodemográficas: idade, escolaridade (Escol).

*Amarelo:* características da dor: se consultou o médico (ConsultM), Duração da dor (DuraçãoD), Frequência da dor (FreqD), intensidade da dor (IntenD) e se esta em tratamento (Tratam).

*Verde Claro:* Estressores do RSQ: (Estressores).

*Verde escuro:* domínios do RSQ-H, Engajamento de controle primário (EngContrP), Engajamento de controle secundário (EngContrS), Coping de desengajamento (DesengajV), Engajamento involuntário (EngajInv), Desengajamento involuntário (DesengajI).

*Azul claro:* percepção de estressores ruins (EstresR) e estressores bons (EstresB) da APES.

*Azul escuro:* coping adaptativo (CopAdapt) e coping não adaptativo (CopMAadapt) da Escala de Enfrentamento.

*Rosa:* domínios da qualidade de vida: Funcionamento psicológico (FuncPsi), Funcionamento físico (FuncFisic), Funcionamento social (FuncSoc), Estado funcional (EstFunc), Satisfação com a saúde (SatSaud) e Satisfação com a vida em geral (SatVid).

A Figura 6 apresenta uma rede de dados gerais que demonstram as correlações entre as variáveis de interesse do estudo. A legenda acima indica as descrições das variáveis. Os nodos são representados por sete cores diferentes (vermelho, azul claro, azul escuro, rosa, amarelo, verde escuro e verde claro) e as linhas ou caminhos (edges) são representados por duas cores (verde e vermelho) bem como a espessura destas sendo que, quanto mais grossa, a associação entre as variáveis é mais forte, resultando em um componente denso. Conexões positivas e negativas são designadas pelas linhas verde e vermelha, respectivamente.

A estrutura de covariância indica que os nodos na cor vermelha (variáveis sócio-demográficas) indicaram uma associação forte, direta e positiva entre os nodos Idade e Escolaridade. E uma correlação fraca e positiva entre o nodo vermelho Sexo e os nodos azuis claros, a percepção de estressores bons e ruins da APES. Uma correlação fraca e negativa entre os nodos ABEP e os nodos rosa, Estado Funcional e Satisfação com a Saúde, os dois da QV. A percepção de estressores ruins da APES, esta direta, moderadamente e positivamente relacionada aos estressores do RSQ-H, mostrando que quanto mais percepção de estressores ruins, maiores os estressores

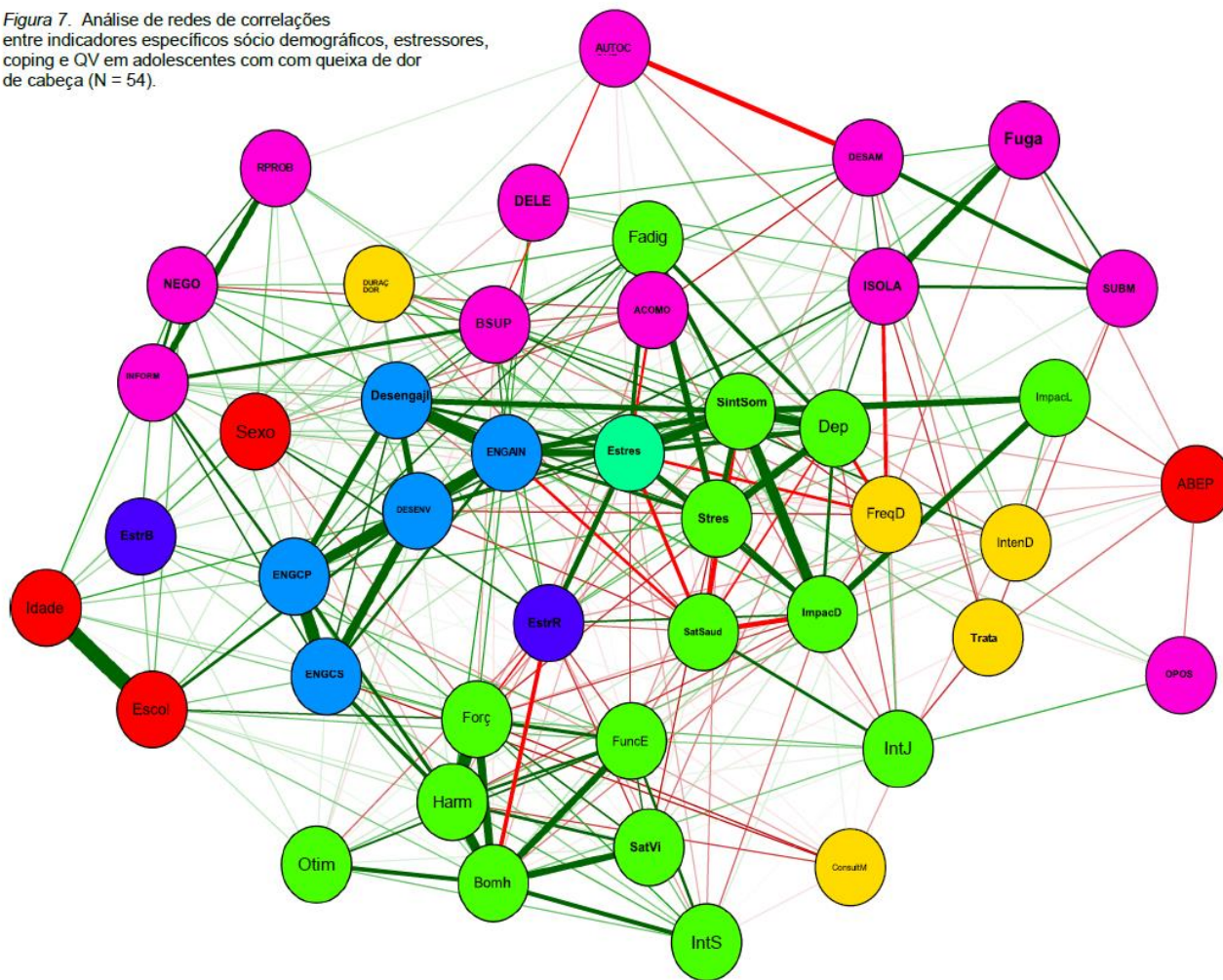
do RSQ-H. os estressores bons (nodo azul claro) da APES, estão moderadamente e positivamente relacionados ao Coping de Engajamento de Controle Primário do RSQ-H. o nodo amarelo Consulta médica, se correlaciona negativamente e moderadamente com o Funcionamento Psicológico da QV.

Os nodos azuis escuros que representam o Coping Adaptativo e o Coping Mal Adaptativo da EE mostraram que o Coping Mal Adaptativo tem uma relação direta, moderada e negativa com a Frequência da dor, e uma relação direta, moderada e positiva com os estressores do RSQ-H. Ou seja, quanto maior a utilização do Coping Mal Adaptativo, maiores são os estressores do RSQ-H e quanto menor o Coping Mal Adaptativo, maior a frequência de dor. O Coping adaptativo, se correlaciona direta e positivamente com o Desengajamento Voluntário e o Engajamento de Controle Primário.

Indicando uma alta magnitude entre as variáveis dos itens do instrumento RSQ-H, houve uma associação forte e positiva entre os nodos: Engajamento Involuntário e Desengajamento Involuntário, com Funcionamento físico da QV; Desengajamento Involuntário e Engajamento Involuntário; Coping de Engajamento de Controle Primário, Coping de Engajamento de Controle Secundário e Desengajamento Voluntário; mostrando a relação entre as respostas voluntárias.

Os nodos cor de rosa, que representam a QV, mostram associações entre eles, como por exemplo, de forma direta, forte e positiva, Funcionamento Físico e Estado Funcional; Funcionamento Social e Satisfação com a Vida; Funcionamento Psicológico e Coping de Engajamento de Controle Primário e Secundário; e de forma direta, forte e negativa, Funcionamento Físico e Satisfação com a Saúde.

Figura 7. Análise de redes de correlações entre indicadores específicos sócio demográficos, estressores, coping e QV em adolescentes com com queixa de dor de cabeça (N = 54).



Legenda:

- Sociodemográficas
- Características da dor
- Qualidade de vida
- Estressores
- RSQ
- APES
- Coping



Legenda:

*Vermelho:* características sociodemográficas: idade, escolaridade (Escol).

*Amarelo:* características da dor: se consultou o médico (ConsultM), Duração da dor (DURAÇDOR), Frequência da dor (FreqD), intensidade da dor (IntenD) e se esta em tratamento (Tratam).

*Verde Claro:* Estressores do RSQ: (Estres).

*Verde escuro:* domínios da qualidade de vida: Funcionamento psicológico (FuncPsi): Estresse (STRES), Harmonia (Harm), Fadiga (FADIG), Força/vitalidade (Forç), Depressão (DEP), Bom humor (Bomh), Otimismo com o futuro (Otim); Estado funcional (EstFunc): Impacto da cefaleia nas atividades diárias (ImpacD), Impacto das cefaleias nas atividades de lazer (ImpactL); Funcionamento físico (FuncFisic): Sintomas somáticos (SitnSom); Funcionamento social (FuncSoc): Funcionamento em casa e na escola (FuncE), Interação Social (IntS), Interação com jovens (IntJ); Satisfação com a vida em geral (SatVid) e Satisfação com a saúde (SatSaud).

*Azul- claro:* domínios do RSQ-H, *Coping* de Engajamento de controle primário (ENGCP), *Coping* de Engajamento de controle secundário (ENGCS), Coping de desengajamento (DESENV), Engajamento involuntário (ENGAIN), Desengajamento involuntário (DesengajI).

*Azul escuro:* percepção de estressores ruins (EstresR) e estressores bons (EstresB) da APES.

*Rosa:* Autoconfiança (AUTOC), Busca de Suporte (BSUP), Resolução de Problemas (RPROB), Busca de Informação (INFORM), Acomodação (ACOMO), Negociação (NEGO), Delegação (DELE), Isolamento (ISOLA), Desamparo (DESAM), Fuga (FUGA), Submissão (SUBM), Oposição (OPOS) da Escala de Enfrentamento.

A Figura 7 apresenta uma rede detalhada que representa uma análise das 12 famílias da EE, e de todos os itens da QV. A legenda acima indica as descrições das variáveis. Os nodos são representados pelas mesmas sete cores diferentes, agora com representações diferentes, que demonstra uma associação forte, moderada ou fraca que dependerá da espessura dos caminhos ou linhas entre eles.

Os nodos vermelhos, de Idade e Escolaridade, novamente mostraram uma correlação positiva e forte. O item Sexo novamente mostrou uma relação positiva e moderada com os estressores ruins da APES. Os estressores ruins do nodo azul escuro mostraram uma correlação positiva e moderada com os estressores do RSQ-H, mostrando que quanto maior é a percepção de estressores ruins, maiores são os estressores do RSQ-H.

Com relação aos nodos rosas, que correspondem as 12 famílias da EE, percepção uma relação positiva, direta e forte entre Fuga e Isolamento, e Desamparo e Submissão, e uma relação forte e negativa do Desamparo e Autoconfiança, mostrando que se sentir desamparo, diminui a Autoconfiança. E uma relação positiva e forte entre Resolução de Problemas e Busca de Informação. A família de Acomodação se correlaciona moderadamente e negativamente com os estressores do RSQ-H, mostrando que quanto mais se utiliza da acomodação, maiores são os estressores da dor. A família Isolamento se correlaciona moderadamente e negativamente com frequência de dor, e esta se correlaciona também negativamente com Depressão e estressores do RSQ-H.

Com relação aos nodos azuis claros, mostra que os cinco domínios do RSQ-H estão correlacionados moderadamente e positivamente, principalmente o Desengajamento Involuntário e o Engajamento Involuntário. Isso demonstrou o quanto todos os domínios foram utilizados, e tem relação entre si. O Engajamento Involuntário se correlacionou moderadamente e negativamente com Satisfação com a saúde da QV, e positivamente com os Estressores do RSQ-H. O Coping de Engajamento de Controle Primário e Secundário se correlacionaram moderadamente e positivamente

com Harmonia da QV. O Desengajamento Involuntário se correlacionou moderadamente e positivamente com os Sintomas Somáticos da QV.

Com relação aos nodos verdes escuros referentes à QV, observou-se uma correlação forte, direta e positiva do Estresse com Sintomas somáticos, Depressão e Impacto das cefaleias nas atividades de lazer. E uma relação negativa e moderada do Estresse e da Satisfação com a Saúde. E uma relação moderada, direta e negativa da Satisfação com a Saúde e o Impacto das cefaleias nas atividades de lazer e os Estressores do RSQ-H. Verificam-se relações positivas, diretas e moderadas do Bom humor, com Otimismo com o futuro, Harmonia, Força e Vitalidade, Funcionamento em casa e na escola, Satisfação com a vida e Interação Social. Também se verificou uma relação moderada e negativa do Bom humor com a percepção dos estressores ruins da APES. Verificou-se também uma relação direta, moderada e negativa dos Estressores do RSQ-H com a Satisfação com a saúde, mostrando que quanto maiores são os estressores da dor de cabeça, menor é a satisfação com a saúde.

## 4. DISCUSSÃO

Pesquisas mostraram, em crianças e adolescentes, uma prevalência entre 70% e 85% de dores de cabeça (DC), em qualquer intensidade, considerando o último ano, e 40% tiveram pelo menos um episódio de dor de cabeça severa, sendo menor que mensal em 67,4%, mensal em 15,5%, semanal em 11,9% e diária em 5,2% (Albuquerque, 2008; Larsson & Fitchel, 2012). Essa condição é agravada por eventos da adolescência considerada um período de mudanças e de exposição a vários fatores de risco. Estes são entendidos como variáveis do ambiente que aumentam a probabilidade de que ocorra algum efeito indesejável no desenvolvimento (Sapienza & Pedromônico, 2005).

O presente estudo teve por objetivo geral descrever e analisar algumas variáveis relacionadas com a queixa de dor de cabeça em adolescentes, no caso, os eventos estressores comuns na adolescência e seu enfrentamento, a forma como lidam com a dor de cabeça, em suas relações com qualidade de vida. Outras variáveis mais específicas, como as diferenças de gênero, de frequência, duração e intensidade de dor, ter ou não procurado ajuda médica e ter diagnóstico de enxaqueca, também foram analisadas em uma amostra de 54 adolescentes, com idade de 14 a 18 anos, sendo 46 meninas e 8 meninos, no contexto escolar.

Considerando que esses 54 adolescentes correspondem a 13,43% de uma amostra de 402 alunos que responderam um questionário geral sobre DC, os participantes do presente estudo apresentaram também uma prevalência maior de meninas (85,19%) com queixa de dor de cabeça, do que de meninos (14,81%). Em relação à frequência de dor, os adolescentes relataram em sua maioria ser diária (42,59%). Esses resultados estão próximos daqueles encontrados em um estudo brasileiro (Barea, et al., 1996), realizado com estudantes de 10 a 18 anos, em Porto Alegre, RS. Os autores identificaram as seguintes prevalências de dor de cabeça: 82,9% no ano anterior; 37,4% na semana passada, 8,9% nas últimas 24 horas.

Considerando as frequências referentes a semana passada e nas últimas 24 horas, as queixas de dor de cabeça foram duas vezes mais prevalentes no grupo feminino. Observa-se ser maior que a prevalência identificada em um estudo europeu, onde a prevalência de enxaqueca em 36.000 crianças e jovens foi 9,2% para ambos os sexos, de 5,2% em meninos e 9,1% em meninas (Stovner & Andree, 2010), portanto maior em meninas, como neste estudo. Contudo, no presente estudo a prevalência de enxaqueca foi de 38,24% dos adolescentes que consultaram o médico.

A frequência da dor de cabeça neste estudo está também um pouco acima de um estudo epidemiológico realizado no Canadá, que estima a prevalência de dor de cabeça semanal ou frequente em crianças e adolescentes (12 a 19 anos), variando de 26,1% a 31,8%, tendo as meninas maiores taxas de dor do que meninos. Esse estudo mostrou também que o sexo (feminino), a idade de 10 e 11 anos, sintomas de ansiedade e depressão foram preditivos para o início da dor de cabeça, lombar e de estômago (Stanford et al., 2008). Outros estudos com crianças e adolescentes, na escola, apontaram uma prevalência de 65% a 75% de queixa de dor de cabeça não frequente e 10% de dor de cabeça recorrente (pelo menos uma vez por semana) (Bille, 1962; Larsson, 1991; Passchier & Orlebeke, 1985).

Em estudos mais recentes, Bigal e Lipton (2009) relataram que a prevalência de dor de cabeça sobe de 3-8% dos 3 anos de idade, para 57-82% dos jovens de 8 a 15 anos de idade. Em crianças pré-púberes, a prevalência de enxaqueca é maior nos meninos do que nas meninas, mas, depois da menarca nas meninas, esta tendência inverte (Aquino & Fortes, 2009; Bigal & Lipton, 2009). No presente estudo, não foi constatada diferença significativa entre as diferentes idades, talvez por já estarem em idades equivalentes de desenvolvimento.

Numa pesquisa em Portugal com crianças e adolescentes com cefaleia, 77,4% relataram queixa de dor de cabeça durante o último ano, e sua prevalência aumenta conforme a idade, sendo 87,2% com mais de 15 anos de idade (Sousa, 2011). Essa

idade é semelhante à média do presente estudo, em que a maior parte dos adolescentes tinham 14 anos (27,78) e 17 anos (25,93%).

Em uma revisão sistemática da literatura de 58 estudos sobre a prevalência de dor crônica em crianças e adolescentes, em estudos publicados em inglês e francês entre 1991 e 2009, as taxas de prevalência tiveram uma grande variação, sendo que a dor de cabeça era a mais comum e variava de 8% a 83%, sendo mais prevalente nas meninas e aumentando substancialmente conforme a idade (King et al., 2011).

Outra revisão sistemática, que teve como objetivo avaliar a prevalência da dor de cabeça na última década, em crianças com idade escolar, encontrou que a prevalência da dor de cabeça aumenta com a idade, sendo que nas meninas é mais elevada do que nos meninos (Albers et al., 2015). No presente estudo, a prevalência foi maior nas meninas, mas não aumentou com a idade, concentrando-se principalmente entre os 14 e 17 anos (somente 3,70% tinham 18 anos). Este pode ser o caso nesta amostra, pois a maioria dos alunos terminará o 3º Ano do EM aos 17 anos.

Em termos gerais, esses adolescentes estão sujeitos a eventos de vida percebidos, na maioria, como “bons”, segundo a APES (Grant & Compas, 1995). Foram, contudo, percebidos como “ruins” os eventos, como ter sentimentos negativos ou preocupações com a própria saúde, preocupações emocionais (sentir-se deprimido, inseguro, com oscilações de humor), sentimentos negativos ou preocupações com a própria aparência, entre outros.

Neste estudo, a percepção de eventos, tanto ruins quanto bons, foram significativamente maiores nas meninas em comparação com os meninos. Isso pode sugerir que meninas estão mais atentas aos acontecimentos diários, com uma percepção maior e melhor avaliação dos eventos. Segundo Santrock (2014), meninas se ocupam mais com seus relacionamentos e expressam mais suas emoções, enquanto meninos passam mais tempo sozinhos, e expressam menos suas emoções.

Na pesquisa realizada por Justo (2015), com 73 adolescentes, também foi utilizada a APES para identificar eventos percebidos como estressantes. Em comparação com os resultados da presente pesquisa, os eventos mais comuns foram semelhantes como: ir a escola, praticar hobbies ou atividades, assistir TV, ler e tocar um instrumento musical. Em relação aos eventos percebidos como ruins, a morte de uma pessoa da família foi avaliado como o pior evento nos dois estudos.

O que difere entre duas pesquisas é que os adolescentes com queixa de DC apresentam uma porcentagem de eventos ruins maior ( $\geq 50\%$ ;  $n = 36$  itens) do que os sem DC ( $n = 33$  itens). Em uma pesquisa com adolescentes, filhos de mães com câncer, que utilizou a APES, os resultados indicaram que meninas apresentavam mais eventos percebidos como estressores, entre eles, o mais comum foi o de responsabilidades na família (Grant & Compas, 1995). Esse dado sugere que problemas de saúde, seja ele do próprio adolescente ou de algum familiar, aumenta a percepção de eventos ruins.

Outra diferença foi observada, entre os resultados desta pesquisa e os do estudo realizado por Justo (2015), em relação às preocupações emocionais (sentir-se deprimido, inseguro, como oscilações de humor), sendo que estas estiveram mais presentes nos adolescentes com DC (DC = 73,92%; sem DC = 66,03%). Muitas pesquisas têm mostrado a associação entre dor de cabeça e problemas emocionais, tais como a depressão e ansiedade. Wöber-Bingöl (2007) mostrou associação entre cefaleias crônicas primárias e transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes; Battistutta et al., (2009) identificaram em adolescentes com DC crônica mais problemas comportamentais e emocionais, além de problemas sociais, de pensamento e atenção em relação ao grupo controle. A cefaleia apresentou-se duas vezes mais frequente em adolescentes com depressão, e o surgimento da depressão maior na adolescência foi preditivo de cefaleia em adultos jovens (Santos & Lippi, 2013). De acordo com Pine et al. (1996), dor de cabeça é duas vezes mais comum em adolescentes deprimidos do que em adolescentes sem depressão.

Uma revisão da literatura sobre DC indica relações entre os estados afetivos negativos (por exemplo, ansiedade, depressão e raiva) e o aumento de problemas psicossociais (faltas escolares e interações sociais problemáticas, entre outros), (Powers et al., 2006). Os autores concluem que há necessidade de estudar o conteúdo de fatores de risco e causais de uma maneira diferente do que estudar o diagnóstico da dor de cabeça ou o diagnóstico psicológico isoladamente.

A complexidade dessas questões é bastante desafiadora e cria a necessidade de projetos de pesquisa e métodos sofisticados (Powers et al., 2006). Ou seja, não se pode afirmar que sofrer com DC cause problemas emocionais e psicossociais, mas talvez a dor seja um fator de risco ou de vulnerabilidade maior para o desenvolvimento dos problemas emocionais e psicossociais, sendo necessários mais estudos para comprovar essa associação. No estudo de da Freitas et al., (2013), por exemplo, não houve associação estatística entre presença de sintomatologia depressiva e DC em adolescentes com cefaleia (82,5%) quando comparados aos sem DC (81,1%).

Houve diferenças entre este estudo e o realizado por Justo (2015) quanto à percepção de eventos relacionados às relações interpessoais como sendo ruins, sendo maior nos com queixa de DC. Entre esses eventos ruins estão, por exemplo, “terminar o namoro ou ser rejeitado por um namorado ou namorada” (DC = 88,89% sem DC = 68,75%); “ficar perto de pessoas sem consideração (desrespeitosas) ou que ofendem (pessoas rudes, agressivas)” (DC = 84,38% sem DC = 69,44%); “ter problemas ou discussões com pais, irmãos ou familiares” (DC = 76% sem Dc = 55,31%).

Estudos sugerem que a dor recorrente na infância e adolescência é muito comum, e que os fatores psicossociais podem prever trajetórias de dor recorrente ao longo do tempo em toda a adolescência e na idade adulta (Abu-Arafeh et al., 2010; Stanford et al., 2008). Ou seja, esses eventos relacionais, vistos como negativos, podem ajudar a manter a dor, tanto agora, como na vida adulta.



Procurando analisar como os adolescentes deste estudo lidam com esses estressores cotidianos, foram apresentadas três situações, sendo duas relacionadas a situações de amizade (S1- baseada na falta de lealdade, S3- baseada na ameaça de agressão combinada com a pressão social), e a outra situação referente a relacionamento com os pais (S2- que teve como conteúdo a incongruência das regras estabelecidas). Os dados foram analisados segundo a MTC (Skinner, 1992; Skinner & Edge, 2002; Skinner & Wellborn, 1994). Conforme esta teoria, três necessidades básicas, de relacionamento, competência e autonomia, podem ser ameaçadas quando o enfrentamento é mal adaptativo.

Assim, considerando os eventos estressantes mais comuns na adolescência, constatou-se que os adolescentes desta amostra lidam com essas situações como um desafio e não ameaça, de forma adaptativa, já que a média do *coping* adaptativo ( $M = 38,98$ ) foi maior do que no *coping* mal adaptativo ( $M = 33,74$ ). Contudo, se sentiam ameaçados, em sua maioria, na necessidade de Competência (35,80%), e menos na necessidade de Autonomia (31,48%) e de Relacionamento (4,93%).

Comparando novamente os adolescentes com DC, do presente estudo, com os sem DC, do estudo realizado por Justo (2015), observou-se que os adolescentes com DC apresentam maior porcentagem (84,56%) da reação emocional de tristeza, em comparação com os adolescentes sem DC (79,91%). O medo e a raiva foram maiores nos adolescentes sem DC. Novamente, estudos que associam a depressão com dor de cabeça podem confirmar a diferença entre os dois grupos, pois a dor crônica pode impactar negativamente todos os aspectos de funcionamento, incluindo físico, psicológico e social (Palermo, 2000).

Os adolescentes sem DC do estudo de Justo (2015) perceberam as situações mais como desafio (68,04%) do que os com DC (22,84%) do presente estudo. Essa diferença pode se justificar pela baixa identificação com as situações propostas no instrumento, 55,42% dos adolescentes com queixa de DC não se identificaram muito com as situações propostas, diferentemente dos adolescentes sem DC, (63,93%) que

se identificaram com as situações. Perceber as situações como desafio e não como ameaça mostra o quanto interessados e capacitados eles se sentem para lidar com as situações estressantes que podem ocorrer em suas vidas.

Na avaliação de ameaça às três necessidades básicas, os adolescentes com DC se sentiram mais ameaçados na sua competência (35,80%), em comparação com os sem DC (33,79%) do estudo de Justo (2015). Estes últimos se sentiram mais ameaçados na sua necessidade de autonomia (36,99%) dos que os com DC (31,48%). Nesta pesquisa, os adolescentes com queixa de DC, ao responderem às situações estressantes com tristeza, e se sentirem ameaçados na sua competência, perceberam sua necessidade de interações efetivas com o ambiente como ameaçada. Pode-se inferir que sentir DC, muda a forma como o adolescente interage com o ambiente, não se sentindo capaz de lidar com os estressores do cotidiano.

Analisando mais detalhadamente as famílias de enfrentamento, os adolescentes com DC responderam com desafio ao *self* e ao contexto, com Resolução de Problemas (62,34%), que implica em planejar estratégias, com encorajamento, determinação e confiança, ou buscar reparação e domínio. Apresentaram também Busca de Informação (57,40%), que significa estudar e observar a situação, com interesse e otimismo, buscando a prevenção e o planejamento nas situações. Isso significa que esses adolescentes estão respondendo de maneira positiva às situações gerais da adolescência, melhor do que as situações que são específicas da DC, como será discutido adiante.

Conforme Skinner et al. (2003), existem três classes de enfrentamento de respostas que são adaptáveis para lidar com estresse: (1) uma resposta relacionada com a remoção do estressor (por exemplo, a resolução de problemas), (2) as respostas relacionadas com a utilização dos recursos sociais (por exemplo, o apoio social que procuram), e (3) respostas relacionadas a uma adaptação à situação estressante (por exemplo, a aceitação). Nesta pesquisa, as classes de enfrentamento mais utilizadas foram relacionadas à remoção do estressor (Resolução de problemas).

Com relação à frequência de DC, os que sofrem diariamente com a dor, apresentaram mais das EE de Isolamento, Desamparo e um indicador geral de *coping* mal adaptativo. Isso demonstra que a frequência de dor é uma variável importante no que se diz respeito à forma de enfrentamento, mesmo de situações cotidianas estressantes, não relacionadas à DC. Assim, sentir DC todos os dias interfere em como adolescentes enfrentam situações estressantes do cotidiano.

No estudo de Dias et al. (2013) a família de *coping* mais utilizada no momento da dor pelas crianças foi a Submissão, focando nos aspectos negativos da situação estressante. O Desamparo foi à segunda família de *coping* mais mencionada, que demonstra comportamentos que envolvem passividade, desânimo e pessimismo. No presente estudo o Desamparo foi à família mais utilizada pelos adolescentes com enxaqueca e com dor de cabeça diária.

Responder aos estressores com desamparo significa não ter encontrado o limite de sua competência para resolver o problema. Isso ocorre diante de situações que não avaliam questões relacionadas à DC, mas, sim, situações do dia a dia. Pode-se inferir que os sintomas que acompanham a enxaqueca, deixam os adolescentes mais vulneráveis a responder com desamparo às situações estressantes.

Outras pesquisas brasileiras, com populações diferentes, como a de Carnier, Padovani, Perosa e Rodrigues (2015), que avaliou o enfrentamento de crianças em situação pré-cirúrgica, utilizando um instrumento baseado nas MTC, a estratégia de Distração foi a mais referida, e Oposição e a Negociação, as menos frequentes. Em estudo com crianças hospitalizadas com câncer, a família de enfrentamento mais utilizada foi a Distração, seguida de Ruminação, e as menos utilizadas foram Delegação, Afastamento Social e Oposição (Hostert et al., 2015). Os resultados destas pesquisas, não se assemelham ao dos adolescentes com DC, talvez por serem faixas etárias diferentes, e queixas ou diagnósticos diversos.

Garioli, et al. (2011), analisou as 12 famílias de estratégias de enfrentamento, em crianças com anemia falciforme, encontrando maior frequência de Ruminação e

Resolução de Problemas, seguidas por Reestruturação Cognitiva. Essas pesquisas têm em comum o uso da Resolução de Problemas, como uma das famílias mais utilizadas.

Contudo, esses adolescentes também respondem de maneira não adaptativa, se sentindo ameaçados no contexto, pois 56,79% também indicaram a família de *coping* de Fuga. Esta inclui comportamentos de escapar ou evitar a situação, com pessimismo e desesperança, levando à procrastinação. Também respondem com Oposição (54,94%), uma ameaça ao contexto, com comportamentos de agressão e tendência de culpar o outro, levando à vingança.

Responder a uma situação fugindo mostra o quanto esses adolescentes não se sentem preparados para lidar com o evento, podendo estar relacionada com a reação emocional de tristeza, que foi a mais prevalente na amostra (45,66%). E enfrentar as situações com oposição demonstra o quanto esses adolescentes estão despreparados emocionalmente para lidar com algumas circunstâncias, respondendo com a reação emocional de raiva, que foi a segunda mais frequente nesta amostra (44,66%).

Verificou-se que as famílias de Autoconfiança (35,80%) e Isolamento (45,06%) foram as mais frequentes em comparação com os adolescentes sem queixa de DC no estudo de Justo (2015). Os dois grupos avaliaram as situações mais como desafio (*coping* adaptativo) do que como ameaça (*coping* mal adaptativo). Os grupos com e sem DC responderam de forma semelhante, com menor frequência de Acomodação (DC = 3,08% e sem DC = 6,85%) e Delegação (DC = 8,64% e sem DC = 12,78%).

De maneira geral, o *coping* adaptativo da Escala de *Coping* se correlacionou com Engajamento de Controle Primário e Desengajamento Voluntário, avaliados pelo RSQ-H (Connor-Smith et al., 2000), reforçando a ideia de que responder a um estressor, seja ele com estressores gerais da adolescência ou a uma queixa de dor, foi feita de forma adaptativa por esses adolescentes com DC. Já o indicador geral de *coping* mal adaptativo se relacionou com os estressores do RSQ-H, podendo inferir que, quanto mais frequentes os eventos são vistos como estressores, mais o

enfrentamento se torna mal adaptativo e vice-versa. O indicador geral de *coping* mal adaptativo também se relacionou inversamente com a frequência de dor, indicando que, talvez quanto mais frequente a dor, menor o repertório de *coping* mal adaptativo. Esta relação sugere que a dor frequente tem um impacto geral nas EE, inclusive naquelas mal adaptativas, inferindo-se que sentir dor é mais difícil de lidar, do que muitas situações da adolescência.

Através da análise de rede feita neste estudo, pode-se obter as correlações entre as famílias de *coping*, e entre as outras variáveis estudadas. Resolução de Problemas se relacionou com Busca de Informação, mostrando que são caminhos adaptáveis para solucionar os estressores da adolescência. E a Busca de Informação se relacionou com a Busca de Suporte, o que também faz sentido, já que as duas famílias se complementam, sendo relativas à percepção de desafio à necessidade de competência (Skinner et al., 2003).

A Autoconfiança se relacionou de forma inversa à Delegação, que também, faz sentido, já que ao delegar a solução para o outro, sente-se ameaçado em sua necessidade de relacionamento, enquanto que a autoconfiança indica ser o evento percebido como um desafio a esta necessidade. O Desamparo se correlacionou com a Submissão, isso demonstra que quanto mais o adolescente se sente desamparado, percebendo-se no limite de sua capacidade para resolver o problema, mais ele é submisso, perdendo sua autonomia, e vice-versa. A Autoconfiança se relacionou de forma inversa ao Desamparo, indicando que, quando o adolescente sente-se desamparado, ameaçado em sua competência, sua autoconfiança fica prejudicada, comprometendo também, sua necessidade básica de relacionamento.

O Isolamento se relacionou com a Fuga e a Submissão, famílias de *coping*, de forma que, quanto maior é o isolamento, maior é a fuga do estressor e a submissão a ele. Neste caso, vê-se que todas as necessidade básicas estão ameaçadas – as de relacionamento, levando ao isolamento, as de competência, dado o desamparo, e as de autonomia, com a presença de submissão. Resumindo, quando o adolescente se

sente desamparado, pode também delegar mais, se submeter mais e tentar fugir do estressor, tudo isso prejudicando sua autoconfiança, fazendo com que se preocupe mais, por exemplo, com sua saúde e sua aparência, como mostrou os resultados do APES.

A família de Isolamento se relacionou com Desengajamento Voluntário, indicando que esse isolamento pode ser intencional, por avaliar que não tem apoio social para resolver o problema.

A Busca de Suporte se relacionou com a intensidade da dor, ou seja, o raciocínio seria: quanto maior a intensidade de dor, mais eu busco pessoas que me ajudem a lidar com essa dor. A família de Isolamento se correlacionou inversamente com a Frequência de dor, indicando que, quanto maior o isolamento, maiores são as crises de dor e vice-versa, mesmo esse isolamento seja com relação aos estressores da adolescência, pode-se considerar a frequência da dor como um potencial estressor.

Considerando agora os eventos diretamente relacionados à DC pela literatura da área (Fraga et al., 2013; Biglari et al., 2012; Martin et al., 2015; Martin et al., 2014), foram identificados nesta amostra uma maior frequência dos estressores ou desencadeadores (com maior porcentagem para a frequência “sempre”), sentir-se ansioso (40,74%) e ter preocupações (29,63%), segundo o RSQ-H (Connor-Smith et al., 2000).

Para Turner et al. (2013), embora muitas condições precisassem ser satisfeitas para uma atribuição de causalidade da dor, três pressupostos básicos são identificados por determinação da causalidade em DC: a) a constância da dor, b) a constância do efeito de gatilho, e c) a constância da apresentação do gatilho. Uma avaliação válida de um potencial efeito de desencadeador só pode ser realizada uma vez que estas três premissas básicas são satisfeitas durante os estudos formais ou informais dos disparadores da dor de cabeça. No caso desta pesquisa, a maior frequência da dor foi “várias vezes por semana” (51,85%), sendo que sentir-se ansioso e ter preocupações eram disparadores constantes da crise de dor de cabeça. Ou seja,

quanto mais estressores, maior a frequência (diária) de DC, mostrando que a própria frequência de dor pode passar a ser um estressor e vice-versa. E foi confirmado que esses estressores estão relacionados à percepção de eventos ruins da adolescência e aos sintomas somáticos da qualidade de vida (dores de cabeça e sentir-se cansado pelo QLH-Y). Esses dados são pouco coerentes com o estudo brasileiro de Fraga et al. (2013), onde os principais gatilhos identificados foram os alimentares, seguidos de privação do sono, ambientais e situações de estresse.

Em estudos internacionais, os gatilhos mais frequentes foram estresse, seguidos de fatores ambientais e privação do sono (Chakravarty, 2010). Em uma revisão da literatura, Wöber e Wöber-Bingöl (2010) identificaram a menstruação como um dos principais fatores desencadeantes, assim como os fatores ambientais, como, por exemplo, clima, luzes, ruídos e odores, estresse e problema de sono, fadiga e cansaço. No estudo de Biglari et al. (2012), os fatores desencadeantes mais comuns em crianças com enxaqueca foram: estresse, barulho, dormir pouco, a fome e a luz, e os fatores que contribuem para melhora da dor foram dormir, analgésicos, silêncio, escuridão e comer. Neste estudo, outros desencadeadores da dor, gatilhos ambientais também foram apontados, como, por exemplo, a iluminação muito forte, pessoas falando alto e também a privação de sono. Mas, outros fatores emocionais novamente foram citados, como, por exemplo, a raiva e a pressão familiar. Em um estudo realizado no Brasil, com crianças e adolescentes, foram identificados um ou mais fatores desencadeantes, entre os mais frequentes estão os ambientais, seguidos por estresse e sono (Fukui et al., 2008).

Alguns estudos (Martin et al., 2015; Martin et al., 2014) sugeriram “aprender a enfrentar os desencadeadores da dor” (LCT do inglês *Learning to Cope with Triggers*), no qual o objetivo é dessensibilizar ou estabelecer tolerância para os gatilhos. Essa sugestão é muito pertinente, quando os gatilhos são emocionais, dessa forma, a psicoeducação através de uma psicoterapia seria muito benéfica para o controle dos

gatilhos. Esse raciocínio de aprender a lidar com os gatilhos da dor, estende-se ao lidar com a própria dor.

O alívio da dor é muitas vezes o tratamento primordial em pacientes com dor. No entanto, um foco exclusivo sobre o alívio da dor pode ter custos. A evidência está surgindo através das tentativas persistentes para ganhar controle sobre a dor, sendo que estas podem, paradoxalmente, impedir uma adaptação bem sucedida à dor e aumentar a frustração e as limitações à dor. Numa perspectiva motivacional do enfrentamento da dor, o controle da dor é reformulado como uma tentativa em proteger e restaurar os objetivos e necessidades diárias ameaçadas pela dor, ou seja, melhorar o funcionamento de vida, apesar da dor (Lauwerier et al., 2012).

No presente estudo, 53,70% dos adolescentes afirmaram que sentir DC é bastante estressante, e 68,52% afirmaram ter nenhum ou pouco controle sobre a DC. Isso mostra a falta ou o pequeno repertório desses adolescentes para lidar com a dor, recorrendo em sua maioria aos medicamentos (79,63%). E recorrer à automedicação é um comportamento danoso à saúde, já que pode esconder alguma doença mais grave, e causar prejuízos ao organismo (Vilarino et al., 1998).

A sensação de falta de controle da dor pode promover sentimentos de impotência (Overmier & Seligman, 1967), porém, um foco exclusivo em controle da dor também pode levar a um maior sofrimento e incapacidade (Crombez, Eccleston, De Vlieger, Van Damme, & De Clercq, 2008; Crombez, Eccleston, Van Hamme, & De Vlieger, 2008). Seguindo Skinner et al. (2003), pode haver várias opções para lidar efetivamente com a dor. Os autores declararam: pode-se tentar eliminar ou controlar a dor, ou tentar adaptar-se a aceitar a dor. Se uma dessas respostas é adaptativa ou mal adaptativa dependerá do contexto, tais como a natureza da dor. Tentar eliminar ou controlar a dor pode ser geralmente uma resposta adequada à dor aguda e controlável, mas pode tornar-se inútil quando a dor persiste e não pode ser controlada (Eccleston & Crombez, 2007).



Analisando o enfrentamento da DC segundo o RSQ-H (Connor-Smith et al., 2000), as respostas de estresse mais frequentes pelos adolescentes foram Paralisação, seguido de Pensamento Fantasioso, Excitação Emocional e Resolução de Problemas. Exceto esta última, que é uma resposta voluntária, as demais são reações de Engajamento Involuntário. Isso significa que esses adolescentes reagem à dor de maneira involuntária e automática, podendo estar sob o domínio da consciência ou não, mas que não estão sob o domínio da vontade ou do controle volitivo. Contudo, por ser Engajamento Involuntário, e não desengajamento, demonstra que as respostas são direcionadas ao estressor ou respostas de aproximação (Connor-Smith et al., 2000), ou seja, ao menos, estão aceitando e lidando de alguma maneira com o estressor.

Compas et al. (2006), ao avaliar 164 adolescentes com dor abdominal recorrente, utilizando o RSQ (Connor-Smith et al., 2000), mostrou uma associação entre o *Coping* de Engajamento de Controle Secundário e *Coping* de Desengajamento para lidar com respostas somáticas, emocionais e lidar com a dor. O presente estudo mostra dados diferentes, com respostas em sua maioria de Engajamento Involuntário ( $M = 30,24$ ), sendo a Excitação Emocional a EE mais utilizada ( $M = 7,93$ ).

Verificou-se que meninas reagem à dor com mais de Ruminação, Excitação Emocional, Inferência Cognitiva e com *Coping* de Engajamento Involuntário do que os meninos. Fica evidente que as meninas respondem de maneira menos consciente à DC, com maior inquietação, se aborrecendo com situações que normalmente não as aborrecem, ficando com a cabeça “a mil”, como é colocado no próprio instrumento, ou seja, o tipo de enfrentamento da DC interfere na maneira como essas meninas respondem às situações em geral no seu cotidiano.

O *Coping* de Desengajamento e a Evitação foram respostas mais presentes nos adolescentes com DC diária, ou seja, eles tentam não sentir absolutamente nada, tentam esquecer a dor, e ficar longe de pessoas ou coisas que os chateiam.

Respondendo de maneira menos adaptativa, estão os adolescentes com maior tempo de duração com DC, sendo que é mais presente nestes o Engajamento Involuntário e a Fuga, que inclui respostas, como, por exemplo, a necessidade de se distanciar de todos quando está com DC, não aceitando o fato de ter DC. Esse tipo de enfrentamento pode ser considerado um fator de risco para problemas emocionais, tais como a depressão.

De maneira geral, o Desengajamento Involuntário, tendo EE como Entorpecimento Emocional, Paralisação, Fuga e Interferência Cognitiva, se correlaciona com o Funcionamento físico da QV, mostrando ser o pior tipo de resposta associado aos Sintomas Somáticos, como a DC.

Quando Desengajamento Involuntário e Engajamento Voluntário também se relacionaram com os Sintomas Somáticos da QV, entende-se com isso que os adolescentes respondem a esses sintomas (por exemplo, DC, dor de barriga, dificuldades para dormir), com reações controladas e automáticas, com respostas, tanto de aproximação, quanto de evitação. Pode-se pensar que, como são muitos os sintomas somáticos avaliados, para cada sintoma, é dado um tipo de resposta. Entretanto, o Desengajamento Involuntário também se relaciona com o Estresse e os estressores do RSQ-H, podendo inferir que ocorre mais o Desengajamento Involuntário quando os estressores estão mais frequentes e o estresse da QV está presente.

Lidar com os estressores da DC com respostas de *Coping* de Engajamento de Controle Primário e Secundário se correlacionou com a QV na área da Harmonia, indicando que esses tipos de respostas ao estresse são mais adaptativas com relação ao bem-estar do indivíduo.

Desenvolver de forma eficaz a capacidade de autorregulação da emoção, da cognição e do comportamento é uma característica importante na adolescência. Dentro do domínio da autorregulação, o desenvolvimento da capacidade de lidar com o estresse durante a adolescência é particularmente importante em relação à saúde

mental e física, bem como outros domínios de desenvolvimento, tais como funcionamento interpessoal e acadêmico (Compas et al., 2001).

Em geral, os três primeiros domínios (*Coping* de Engajamento Primário, Secundário e *Coping* de Desengajamento) envolvem respostas ao estresse e reações emocionais que estão associados com menos problemas emocionais e comportamentais, enquanto que as respostas involuntárias (Engajamento e Desengajamento Involuntários) envolvem esforços para se desengajar a partir do estressor e as reações emocionais são tipicamente associadas com mais problemas (Compas et al., 2001).

Apesar da faixa etária diferente, um estudo chinês que utilizou o RSQ (Yao et al., 2010) em universitários, indicou o *Coping* de Engajamento de Controle Secundário com os maiores escores, e o Desengajamento Involuntário obteve menores escores. Os homens utilizavam mais *Coping* de Engajamento de Controle primário. Esses dados diferem do presente estudo, em que o Engajamento Involuntário foi o mais utilizado.

Outro estudo sugere que as meninas podem utilizar estratégias mais focadas em expressão emocional e outras estratégias de controle primário de enfrentamento, enquanto os meninos tendem a envolver-se mais em esquiva e estratégias de enfrentamento de desengajamento (Herman & McHale, 1993). Esse dado difere do presente estudo, em que meninas utilizaram mais o Engajamento Involuntário, além de EE como a Ruminação, Excitação Emocional e Interferência Cognitiva.

No presente estudo, as dimensões da QV avaliadas pelo Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996) foram comparados em relação à diferença entre gêneros, frequência e duração da dor, ter enxaqueca e fazer consultas médicas. Verificou-se diferença significativa para meninos em relação à de Força /vitalidade e de Depressão para as meninas na QV. No estudo de Freitas et al. (2013), a sintomatologia depressiva esteve presente em 82,5% dos adolescentes, sendo 91,2% para as meninas e 69,4% para os meninos.

Outra pesquisa que avaliou 28 adolescentes com dor de cabeça, também relacionando com a sintomatologia depressiva, encontrou presença significativa destes sintomas em mais de 50% dos jovens estudados (Kaiser, 1992).

Estudos que compararam a QV de adolescentes com DC mostraram que aqueles com DC apresentaram mais queixas somáticas, menor bem-estar, pior funcionamento psicológico e menor satisfação com a vida e com a saúde (Langeveld et al., 1996; Powers et al., 2003), e, mesmo entre as crises de dor de cabeça, a qualidade de vida permanecia comprometida (Bandell-Hoekstra et al., 2000). No presente estudo, a duração da DC se relacionou com a QV, em termos de Fadiga, para os casos em que a DC durava de uma a três horas. Estes casos também apresentaram uma pior QV, em termos de Depressão e Funcionamento físico. Na pesquisa de Blaauw et al. (2015), escores mais altos de ansiedade e sintomas depressivos foram significativamente associados com dor de cabeça mais frequente. Isso mostra que a frequência e o tempo de dor de cabeça são importantes características da dor e que estão associadas a problemas emocionais, tais como os sintomas de depressão.

Nos estudos de Pavone et al. (2012), e de Bellini et al. (2013), os autores encontraram uma associação significativa entre dor de cabeça primária e sintomas de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes. Outros estudos também encontraram essa associação, sendo mais intensa na Migrânea (Cahill & Cannon, 2005) e em meninas com DC (Masi et al., 2000). Neste estudo, a área da Depressão da QV se associou à frequência de dor de cabeça, e também ao sexo feminino, confirmando estudos anteriores. Já a enxaqueca não se associou significativamente a nenhum item da QV. Isso se justifica, talvez, por essa variável ser um autorelato dos adolescentes, e não ser um dado obtido diretamente com o médico.

No estudo de Galego et al. (2007), com adultos com DC crônica, o estresse foi observado em 90% da amostra e, quando comparados aos adultos sem estresse, observou-se prejuízo em todos os domínios da QV, exceto em capacidade funcional,

que se manteve com pouca diferença significativa. Neste estudo, a área da Depressão foi significativamente maior nos adolescentes com DC diária, em comparação aos adolescentes com DC com frequência de uma vez por semana.

Em um estudo recente, que comparou as frequências de dor de cabeça em crianças e adolescentes (cefaleia episódica e cefaleia crônica diária), os resultados mostraram que participantes com Cefaleia episódica ou crônica diária tiveram um escore de Depressão maior do que a população sem cefaleia e faltaram à escola mais vezes e por longos períodos de tempo (Rousseau-Salvador et al., 2014).

Os meninos apresentaram mais Força Vital do que meninas, que apresentaram maior Depressão nos itens de QV. Participantes com DC diária, em comparação com os que sentiam dor uma vez por semana, também apresentaram o item Depressão, com diferença significativa. Os que têm o tempo de dor maior apresentaram mais Fadiga na QV, principalmente os que sentem dor de 10 a 24 horas.

Na análise de rede detalhada, pode-se constatar as relações entre os itens da QV, como os Sintomas Somáticos, Depressão, Estresse e Impacto da cefaleia na vida diária. A Satisfação com a Saúde se relacionou inversamente com o Impacto da cefaleia na vida diária e com o Estresse. Isso revela dados interessantes, pois quanto menor a satisfação com a saúde, maior o estresse e o impacto da cefaleia nas atividades diárias e vice-versa.

Considerando as possibilidades sobre o que fazer diante desse quadro, os dados deste estudo confirmou a importância da busca de cuidados, quando foram comparados os adolescentes que se consultaram com um médico, com aqueles que não se consultaram com um médico. Os dados foram significativos, principalmente quanto ao enfrentamento da dor e a QV. Nos adolescentes que passaram por consulta médica foi maior o uso do Coping de Engajamento de Controle Secundário e das EE de Regulação Emocional, Expressão Emocional, Pensamento Positivo, Aceitação e Paralisação. Exceto a Paralisação, todos os outros domínios de enfrentamento são positivos, o que demonstra que ter um acompanhamento de um médico, além de

indispensável, é positivo. Também na QV, os itens Harmonia e Força Vital foram maiores nos participantes com consulta médica. Não foi abordado, mas estudos já mostram resultados positivos com os tratamentos complementares, como por exemplo, a Terapia Cognitiva- Comportamental (Damen et al., 2006; Eccleston et al., 2002; Kazdin, 2002) De acordo com Singh et al. (2008), além dos fármacos utilizados para tratamento da dor de cabeça, outras modalidades são frequentemente chamadas de complementares. Terapias comportamentais, tais como o biofeedback e o relaxamento, muitas vezes são sugeridos à população pediátrica e ao adolescente.

Pistoia et al. (2013), numa revisão sistemática, afirmam que, no caso de dor de cabeça crônica, o melhor resultado é alcançado quando as terapias comportamentais são integradas com outros tratamentos, incluindo físico e intervenções farmacológicas. Em outros estudos, as abordagens psicoterapêuticas, como técnicas de relaxamento e Terapia Cognitivo-Comportamental, têm mostrado bons resultados para reduzir a frequência e intensidade da dor de cabeça em crianças e adolescentes (Damen et al., 2006; Kazdin, 2002; Eccleston et al., 2002), além da musicoterapia (Ozge et al., 2011).

Terapias cognitivo-comportamentais para pessoas com dor crônica, por exemplo, envolvem técnicas e estratégias que se destinam a mudar as crenças ou sentimentos negativos sobre a dor e promover a positividade e o funcionamento apesar da dor (Morley et al., 1999). Outras evidências também são importantes, como as que apoiam a profilaxia com a modificação do estilo de vida, como, por exemplo, refeições regulares, atividade física, ingestão de quantidade adequada de líquidos e horas adequadas de sono (Bruni et al., 1999; Termine et al., 2011).

Contudo, essas técnicas podem ser usadas em complemento aos cuidados médicos. Com base no exame médico e anamnese, eles são os profissionais mais adequados para avaliar a viabilidade de um determinado tratamento como opção para os pacientes. Os médicos, por sua vez, devem estar cientes dos fatores que aumentam o impacto negativo de um estado, tal como sentimentos de frustração, impotência e estresse, e até mesmo ansiedade e depressão (Lauwerier et al., 2012).

Esses adolescentes podem precisar de aconselhamento mais intensivo, além do tratamento padrão. Em suspeita de distúrbios psicológicos, como depressão ou transtornos de ansiedade, ou outra psicopatologia, um médico pode pedir avaliação complementar psiquiátrica e/ou psicológica (Lauwerier et al., 2012).

Uma intervenção multidisciplinar, com medicamentos, psicoterapia e mudanças no estilo de vida, é a melhor ajuda para que as crianças com dor de cabeça severa retornem ao seu funcionamento normal em casa, na escola e nas suas vidas sociais. Em decorrência de dificuldades na QV, reconhecer o problema e começar o tratamento o quanto antes em crianças e adolescentes é crucial (Robbins, 2015).

Este estudo trouxe contribuições, tanto na área da DC, como também da adolescência. Mostrou que as relações das variáveis estudadas, dependendo de algumas características da DC, juntamente com seu enfrentamento, podem levar a prejuízos na QV. Mostrou que sentir dor de cabeça diariamente é um fator de risco a ter problemas emocionais, mas procurar ajuda médica pode ser um fator de proteção.

Deve-se considerar que o presente estudo apresentou algumas limitações. A primeira delas diz respeito ao tamanho da amostra, que dificultou que outras análises estatísticas fossem realizadas, a exemplo das análises de equações estruturais; a segunda refere-se a ausência de um grupo controle para definir algumas questões, como, por exemplo, os problemas emocionais, tais como a depressão; a terceira foi atribuída à avaliação feita em grupo que, embora fosse feita com todo cuidado necessário, representa algum nível de perda da validade das informações coletadas, e a quarta que é a falta de uma análise que medisse o tamanho do efeito, como o “d” de Cohen. A quinta e última limitação é o fato das avaliações realizadas terem sido fornecidas através do relato do próprio adolescente, o que, além de representar um único modo de informação, pode apresentar vieses relacionados à percepção do participante sobre o que foi avaliado.

Mesmo a literatura apontando que pessoas com DC apresentam mais depressão e ansiedade, não pode-se afirmar que adolescentes com DC apresentam

mais depressão ou ansiedade. Contudo sofrer com DC, principalmente sendo mulher e diariamente, são alguns dos muitos fatores de risco para sofrer com depressão ou ansiedade. Muitas variáveis estão presentes, entre elas, o próprio tratamento da DC, mas não se sabe se esses adolescentes estavam tomando algum psicotrópico ou fazendo psicoterapia. Essas são sugestões de questões a serem feitas nos próximos estudos, incluindo comparar os adolescentes que fazem psicoterapia com os que não fazem, para obter as diferenças principalmente do enfrentamento.

Pode-se considerar que sofrer com dor de cabeça, que é algo popularmente subestimado, como se sentir dor de cabeça fosse “frescura”, entretanto, exige tratamento médico e multidisciplinar, pois cada área vai tratar a dor de cabeça de maneira diferente, seja com um diagnóstico correto e medicamento com um médico, acupuntura e relaxamento com um fisioterapeuta, e psicoterapia com um psicólogo. Assim, os dados mostram o quanto sentir DC é complexo, com prejuízos não só a para QV, mas para o cotidiano do sofredor, e em todas as idades. Contudo, se uma intervenção adequada for feita o quanto antes, seja na infância ou na adolescência, pode-se prevenir o sofrimento na vida adulta, ou dar a chance de saber como enfrentar de maneira adequada.



## 5. CONCLUSÕES

O presente estudo investigou as relações entre os eventos estressores e o enfrentamento de situações estressantes da adolescência, o enfrentamento da dor de cabeça e a qualidade de vida em adolescentes com queixa dor de cabeça (DC). A sua originalidade deveu-se a:

a) uso da Teoria Motivacional de Coping e da MTC-12 (Skinner et al. 2003; Skinner & Wellborn, 1994) para avaliar o enfrentamento em uma amostra nacional de adolescentes;

b) medir especificamente o enfrentamento da dor de cabeça em adolescentes;

c) a aplicação de análises de rede, que ilustram a força das relações entre as variáveis estudadas;

d) a uma perspectiva desenvolvimentista, orientada pelos processos de autorregulação;

e) dar voz ao adolescente, coletando dados diretamente com essa população, de forma a obter indicadores diretos e não por meio de pais ou professores;

f) mostrar as possibilidades de integração de conhecimento gerado pela Psicologia, mais especificamente na área da Psicologia Pediátrica, para outras áreas da Saúde, fornecendo dados mais produtivos para intervenções e interdisciplinares na DC.

Por meio do uso de diferentes análises, que permitiram investigar, tanto isoladamente, quanto de forma integrada, o efeito das variáveis da dor de cabeça, procurou-se contribuir para o avanço na compreensão dos mecanismos envolvidos no processo de dor dos adolescentes. Na comparação de gênero os resultados revelaram que adolescentes do sexo feminino apresentaram:

a) maior percepção de eventos cotidianos como estressores bons e ruins;

b) mais Engajamento Involuntário, assim como Ruminação, Excitação Emocional e Interferência Cognitiva no enfrentamento da DC;

- c) menos Força Vital da QV, mais Depressão, na área da qualidade de vida (QV).

Os adolescentes que passaram por consulta médica apresentaram:

- a) mais estratégias de enfrentamento (EE) positivas com relação à DC, como: Regulação Emocional, Expressão Emocional, Coping de Engajamento de Controle Secundário, Pensamento Positivo, Aceitação, além de Paralisação;
- b) mais Harmonia e Força Vital na QV.

Os adolescentes que relataram ter o diagnóstico médico de enxaqueca dado pelo médico apresentaram:

- a) menor percepção dos eventos de vida como ruins;
- b) maior desamparo no enfrentamento das situações estressantes da adolescência.

Os adolescentes que sofrem com a dor de cabeça diária:

- a) responderam as situações estressoras da adolescência com estratégias de enfrentamento mal adaptativas, como Isolamento e Desamparo;
- b) têm maior quantidade de estressores da DC;
- c) apresentaram mais o Coping de Desengajamento e a Evitação frente à DC;
- d) apresentaram mais Depressão na QV.

Os adolescentes que sofrem com a DC por mais de 24 horas apresentaram:

- a) mais Engajamento Involuntário, Excitação emocional e Fuga frente à DC;
- b) mais Fadiga na QV.

As análises de rede mostraram que, quanto à percepção de eventos cotidianos:

- a) quanto maior a percepção de eventos ruins, maiores são os estressores da DC, e
- b) menor é o Bom Humor na QV;
- c) a percepção de eventos como bons está relacionado ao *Coping* de Engajamento de Controle Primário, que é mais adaptativo.

Quanto ao enfrentamento dos estressores da adolescência, as análises de rede mostraram que:

- a) o indicador geral de *Coping* mal adaptativo se correlaciona com os estressores da DC, e se relaciona inversamente com a frequência da dor;
- b) o indicador geral de *Coping* adaptativo se correlaciona com o *Coping* de Engajamento de Controle Primário e Desengajamento Voluntário;
- c) as EE de Fuga, Desamparo, Isolamento e Submissão se relacionam, mostrando uma coerência interna no *Coping* mal adaptativo;
- d) a EE Acomodação se relaciona positivamente com o Estresse da QV e com os estressores da DC;

Quanto ao enfrentamento da DC, as análises de rede mostraram que:

- a) o *Coping* de Engajamento de Controle Primário e de Controle Secundário e o Desengajamento Voluntário se correlacionam, mostrando que são estes os três domínios mais positivos de enfrentamento da DC;
- b) o *Coping* de Desengajamento Voluntário, que inclui as estratégias de Evitação, Negação e Pensamento Fantasioso, também se correlaciona com o Desengajamento Involuntário, que engloba respostas de estresse de Entorpecimento Emocional, Paralisação, Fuga e Interferência Cognitiva indicando que o enfrentamento da DC se baseia em respostas de afastamento do estressor, sem tentar resolver o problema.

Quanto a QV, as análises de rede mostraram que:

- a) Fadiga, Depressão e Sintomas Somáticos da QV estão correlacionados, impactando a QV;
- b) Sintomas Somáticos, Depressão, Estresse e Impacto da dor nas atividades diárias estão correlacionados; podendo ser fatores de risco para o desenvolvimento e problemas emocionais e de comportamento;
- c) Força/Vitalidade, Harmonia, Bom Humor, Otimismo e Satisfação com a vida estão correlacionados com o Funcionamento na Escola e a

Interação Social, podendo atuar como fator de proteção ao desenvolvimento e contra problemas emocionais e de comportamento.

## 6.REFERÊNCIAS<sup>7</sup>

- ABEP (2013). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 10-janeiro-2014.
- Aberastury, A. & Knobel, M. (1992). *Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed.
- Abu-Arefeh, I., & Russell, G. (1994). Prevalence of headache and migraine in school children. *British Medical Journal*, 309(6957), 765-769. doi: <http://10.1136/bmj.309.6957.765>.
- Abu-Arafah, I. S. H. A. Q., Razak, S., Sivaraman, B., & Graham, C. (2010). Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(12), 1088-1097. doi: <http://10.1111/j.1469-8749.2010.03793.x>.
- Albers, L., von Kries, R., Heinen, F., & Straube, A. (2015). Headache in school children: is the prevalence increasing?. *Current pain and headache reports*, 19(4), 1-9. doi: <http://10.1007/s11916-015-0477-0>.
- Albuquerque R.C.A. (2008). *Prevalência de cefaleia em crianças e adolescentes da cidade de São José do Rio Preto (SP)*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP.
- Aldwin, C.M. (2009). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. (Second Edition, pp. 23-36). The Guilford Press: New York.
- Alvim, R. C., Viana, M. B., Rezende, P. V., & Brito, A. C. (2009). *Perfil e Impacto da dor em crianças e adolescentes com doença falciforme*. Disponível em: <http://www.cehmob.org.br/downloads/artigo-carrusca>. Acesso em: 20-outubro-2013.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, R. B. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Aquino, J. H. W., & Fortes, F. M. (2009). Cefaleias na adolescência. *Adolescência e Saúde*, 6(3), 35-40.
- Amparo, D. M. D., Alves, P. B., & Cárdenas, C. J. (2004). Pertencimento e identidade em adolescentes em situação de risco de Brasília. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(1), 1-13.

---

<sup>7</sup> De acordo com o estilo APA – 6ª ed. – American Psychological Association (2012).

- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1998). Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411-423.
- Anttila, P., Sourander, A., Metsähonkala, L., Aromaa, M., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2004). Psychiatric symptoms in children with primary headache. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 412-419. doi: <http://10.1097/00004583-200404000-00007>.
- APA (2002). *Developing adolescents: A reference for professional*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- APA (2012). *Manual de publicação da APA*. Porto Alegre: Penso.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American psychologist*, 54(5), 317.
- Arruda M. A. (1994). Fatores de risco e distúrbios associados à migrânea na infância. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Arruda, M. A. (2009). Enxaqueca na infância e adolescência: atualização no diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina -Pediatria Moderna*, 45(2), 37-50.
- Arruda, M. A., & Bigal, M. E. (2012). Migraine and migraine subtypes in preadolescent children Association with school performance. *Neurology*, 79(18), 1881-1888. doi: <http://10.1212/WNL.0b013e318271f812>.
- Arruda, M.A., & Guidetti, V. (2007). *Cefaléias na Infância e Adolescência*. Ribeirão Preto, SP: Instituto GLIA.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Bandell-Hoekstra, I., Abu-Saad, H. H., Passchier, J., & Knipschild, P. (2000). Recurrent headache, coping, and quality of life in children: a review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 40(5), 357-370. doi: <http://10.1046/j.1526-4610.2000.00054.x>.
- Bandell-Hoekstra, I. E., Abu-Saad, H. H., Passchier, J., Frederiks, C., Feron, F. J., & Knipschild, P. (2002). Coping and quality of life in relation to headache in Dutch schoolchildren. *European Journal of Pain*, 6(4), 315-321. doi: <http://10.1053/eujp.2002.0343>.
- Barea, L. M., Tannhauser, M., & Rotta, N. T. (1996). An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia*, 16(8), 545-549. doi: <http://10.1046/j.1468-2982.1996.1608545.x>.

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed., pp. 13-35). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Bartholomew, J. B., Stults-Kolehmainen, M. A., Elrod, C. C., & Todd, J. S. (2008). Strength gains after resistance training: The effect of stressful, negative life events. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 22 (4), 1215-1221. doi: <http://10.1519/JSC.0b013e318173d0bf>.
- Battistutta, S., Aliverti, R., Montico, M., Zin, R., & Carrozzi, M. (2009). Chronic tension-type headache in adolescents. Clinical and psychological characteristics analyzed through self-and parent-report questionnaires. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(7), 697-706. doi: <http://10.1093/jpepsy/jsn102>
- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento*. (9ª ed., pp. 286-299, M. A. V. Veronese, trad., pp.286-299). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bellini, B., Arruda, M., Cescut, A., Saulle, C., Persico, A., Carotenuto, M., & Guidetti, V. (2013). Headache and comorbidity in children and adolescents. *The Journal of Headache and Pain*, 14(1), 1-11.
- Beers, J. C. (2012). *Teacher stress and coping: Does the process differ according to years of teaching experience?* Thesis of Master of Science in Psychology, Portland State University, Portland, USA.
- Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J., & Kaufman, F. (2006). Adolescent Gambling: Understanding the Role of Stress and Coping. *Journal of Gambling Studies*, 22, 195-208. doi: <http://10.1007/s10899-006-9010-z>.
- Bigal, M.E., Fernandes, L.C., Moraes, F.A., Bordini, C.A. & Speciali, G.J. (2000). Prevalência e impacto da migrânea em funcionários do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58 (2-B), 431-436.
- Bigal, M. E., & Lipton, R. B. (2009). The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine. *Neurologic clinics*, 27(2), 321-334. doi: <http://10.1016/j.ncl.2008.11.011>
- Biglari, H. N., Karimzadeh, P., Klordkhey, M. M., & Hashemi, S. M. (2012). Migraine Types and Triggering Factors in Children. *Iranian Journal of Child Neurology*, 6(2), 33-38.
- Bille, B. O. (1962). Migraine in school children. *Acta Paediatrica*, 51(5), 614-616.
- Bille, B. O. (1981). Migraine in childhood and its prognosis. *Cephalalgia*, 1(2), 71-75.
- Blaauw, B. A., Dyb, G., Hagen, K., Holmen, T. L., Linde, M., Wentzel-Larsen, T., & Zwart, J. A. (2015). The relationship of anxiety, depression and behavioral problems with recurrent headache in late adolescence—a Young-HUNT follow-up study. *The Journal of Headache and Pain*, 16(1), 10.

- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 423-32. doi: <http://10.1590/1982-43272253201314>.
- Bosco, A. (2006). *Cefaléia em crianças- sinal de vulnerabilidade ao stress: Estudo comparativo em dois hospitais públicos*. Tese de doutorado apresentada à Pós – Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de concentração em Neurologia. Campinas, Brasil.
- Brasil, K. T., Alves, P. B., Amparo, D. D., & Frajorge, K. C. (2006). Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. *Paidéia*, 16(35), 377-384.
- Bree, M. B. M., Passchier, J., & Emmen, H. H. (1990). Influence of quality of life and stress coping behaviour on headaches in adolescent male students: An explorative study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 30(3), 165-168. doi: <http://10.1111/j.1526-4610.1990.hed3003165.x>.
- Breinbauer, C., & Maddaleno, M. (2008). Nova abordagem para classificar os estágios de desenvolvimento dos adolescentes. In C. Breinbauer, & M. Maddaleno (Eds.), *Jovens: Escolhas e Mudanças: Promovendo comportamentos saudáveis* (pp. 144-150; 212-221). São Paulo: Roca.
- Bruijn, J., Locher, H., Passchier, J., Dijkstra, N., & Arts, W. F. (2010). Psychopathology in children and adolescents with migraine in clinical studies: a systematic review. *Pediatrics*, 126(2), 323-332. doi: <http://10.1542/peds.2009-3293>.
- Bruni, O., Galli, F., & Guidetti, V. (1999). Sleep hygiene and migraine in children and adolescents. *Cephalalgia*, 19(25 suppl), 57-59. doi: <http://10.1177/0333102499019S2516>.
- Buckelew, S. P., Parker, J. C., Keefe, F. J., Deuser, W. E., Crews, T. M., Conway, R., & Hewett, J. E. (1994). Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain*, 59(3), 377-384. doi: [http://10.1016/0304-3959\(94\)90024-8](http://10.1016/0304-3959(94)90024-8).
- Bukowski, W. M., Laursen, B., & Hoza, B. (2010). The snowball effect: Friendship moderates escalations in depressed affect among avoidant and excluded children. *Development and Psychopathology*, 22(04), 749-757. doi: <http://10.1017/S095457941000043X>.
- Burnett, P. C., & Fanshawe, J. P. (1997). Measuring school-related stressors in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(4), 415-428. doi: <http://10.1023/A:1024529321194>.
- Burt, K. B., & Roisman, G. I. (2010). Competence and psychopathology: Cascade effects in the NICHD study of early child care and youth development.



- Development and psychopathology*, 22(03), 557-567. doi: <http://10.1017/S0954579410000271>.
- Cahill, C. M., & Cannon, M. (2005). The longitudinal relationship between comorbid migraine and psychiatric disorder. *Cephalalgia*, 25(11), 1099-1100. doi: <http://10.1111/j.1468-2982.2005.00982.x>.
- Carlsson, J., Larsson, B., & Mark, A. (1996). Psychosocial functioning in schoolchildren with recurrent headaches. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 36(2), 77-82. doi: <http://10.1046/j.1526-4610.1996.3602077.x>.
- Carnier, L. E. (2010). *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situações de pré-cirúrgica e stress do acompanhante: Estabelecendo relações* (Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Bauru, São Paulo, Brasil.
- Carnier, L. E., Padovani, F. H. P., Perosa, G. B., & Rodrigues, O. M. P. R. (2015). Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 319-330. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015>.
- Carpenter, T. P., Laney, T. L., & Mezulis, A. (2012). Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1), 19-30. doi: <http://10.1037/a0023155>.
- Carvalho, D. (2008). Manejo do diário de cefaleias. *Migrâneas e cefaleias*, 11(2), 90-93.
- Carvalho, F. T. D., Morais, N. A. D., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9) 2023-2033.
- Charbonneau, A. M., Mezulis, A. H., & Hyde, J. S. (2009). Stress and emotional reactivity as explanations for gender differences in adolescents' depressive symptoms. *Journal Youth Adolescence*, 38, 1050-1058. doi: <http://10.1007/s10964-009-9398-8>.
- Chakravarty, A. (2010). How triggers trigger acute migraine attacks: a hypothesis. *Medical Hypotheses*, 74(4), 750-753. doi: <http://10.1016/j.mehy.2009.10.027>
- Charry, C., Da Silva, J. A., Passareli, P., Santos, J., & Linhares, M. B. M. (2007). *Instructions of FPS-R in Portuguese (Brazil)*. Disponível em: [www.iasp-pain.org/fpsr](http://www.iasp-pain.org/fpsr). Acesso em: 20-janeiro -2014.
- Charry, C. L., Piola, J. S., Linhares, M., & Da Silva, J. A. (2014). Validity and reliability assessment of the Brazilian version of the Faces Pain Scale–Revised. *Psychology & Neuroscience*, 7(1), 55-59.

- Classification Committee of the International Headache Society (2004). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. Second Edition. *Cephalalgia*, 24(1), 1-160.
- Cleto, P. & Costa, M.E. (1996). Estratégias de *coping* no início da adolescência. *Porto: Caderno de Consulta Psicológica*, 12, 93-102.
- Codato, L.A.B. & Nakama, L.(2006). Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa?. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(1), 34-35.
- Coelho F. M. S., Pereira M .P., de Souza Carvalho D. (2000). Cefaléia em crianças e adolescentes: frequência de crises relatadas, comparada com as anotadas em diário. In XIV Congresso da Sociedade Brasileira de Cefaleia *Anais*, Salvador: SBCe.
- Coelho, M. E. V. X., Costa, J., Gomes, A. J. S. F., Santana, B.S., & Lima, J. (2005). Aspectos epidemiológicos da cefaléia na infância e adolescência. *Migrâneas e Cefaléias*, 8(2),36-38.
- Cole, D. A., Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J., & Paul, G. (2006). Stress exposure and stress generation in child and adolescent depression: A latent trait-state-error approach to longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (1), 40-51. doi: <http://10.1037/0021-843X.115.1.40>.
- Crombez, G., Eccleston, C., De Vlieger, P., Van Damme, S., & De Clercq, A. (2008). Is it better to have controlled and lost than never to have controlled at all? An experimental investigation of control over pain. *Pain*, 137(3), 631-639. doi: <http://10.1016/j.pain.2007.10.028>.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Hamme, G., & De Vlieger, P. (2008). Attempting to solve the problem of pain: a questionnaire study in acute and chronic pain patients. *Pain*, 137(3), 556-563. doi: <http://10.1016/j.pain.2007.10.020>.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101 (3), 393-403. doi: <http://10.1037/0033-2909.101.3.393>.
- Compas, B. E., & Boyer, M. C. (2001). Coping and attention: Implications for child health and pediatric conditions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(5), 323-333.
- Compas, B. E., Boyer, M. C., Stanger, C., Colletti, R. B., Thomsen, A. H., Dufton, L. M., & Cole, D. A. (2006). Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1132.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Progress,

- problems, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127. doi: <http://10.1037/0033-2909.127.1.87>.
- Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The adolescent perceived events scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (4), 534-541. doi: <http://10.1037/0022-006X.55.4.534>.
- Congdon, P. J., & Forsythe, W. I. (1979). Migraine in childhood: a study of 300 children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 21(2), 209-216. doi: <http://10.1111/j.1469-8749.1979.tb01603.x>.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976-992. doi: <http://10.1037/0022-006X.68.6.976>.
- Connor-Smith, J. K., & Compas, B. E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research*, 28(3), 347-368. doi: <http://10.1023/B:COTR.0000031806.25021.d5>.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2005). *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos: Testes psicológicos aprovados para uso*. Disponível em: <http://www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista1=sim>. Acesso em: 15-janeiro-2014.
- Conselho Nacional de Saúde (2012). *Resolução 466/2012. Dispões sobre questões de ordem ética*. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2014.
- Conover, W.J. (1999). *Practical Nonparametric Statistics*. New York: John Wiley & Sons, 3rd ed.
- Csardi, G., & Nepusz, T. (2006). The igraph software package for complex network research. *InterJournal, Complex Systems*, 1695(5), 1-9.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Damen, L., Bruijn, J., Verhagen, A. P., Berger, M. Y., Passchier, J., & Koes, B. W. (2006). Prophylactic treatment of migraine in children. Part 2. A systematic review of pharmacological trials\*. *Cephalalgia*, 26(5), 497-505. doi: <http://10.1111/j.1468-2982.2005.01047.x>.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 109-134. doi: [http://10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](http://10.1016/0092-6566(85)90023-6).
- Dias, T. L., Oliveira, C. G. T. D., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. D. (2013). Pain the daily life of caregivers and children with sickle cell anemia. *Psicologia USP*, 24(3), 391-411. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642013000300003>.
- Eccleston, C., Morley, S., Williams, A., Yorke, L., & Mastroiannopoulou, K. (2002). Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. *Pain*, 99(1), 157-165. doi: [http://10.1016/S0304-3959\(02\)00072-6](http://10.1016/S0304-3959(02)00072-6).
- Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), 233-236. doi: <http://10.1016/j.pain.2007.09.014>.
- Egger, H. L., Angold, A., & Costello, E. (1998). Headaches and psychopathology in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(9), 951-958. doi: <http://10.1097/00004583-199809000-00015>.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. In J. N. Sandier & S. A. Wolchik (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking theory, research, and intervention* (pp. 41-70). New York: Plenum.
- Elkinton, J. R. (1966). Medicine and the Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 64, 711-714.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990). Ministério da Justiça: Lei Federal no. 8069/1990. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF.
- Evans, G.W., & Kim, P. (2007). Childhood poverty and health: Cumulative exposure and stress dysregulation. *Psychological Science*, 18(11), 953-957. doi: <http://10.1111/j.1467-9280.2007.02008.x>.
- Ferracini, G. N., Stuginski-Barbosa, J., & Speciali, J. G. (2010). Instrumentos para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde em crianças com migrânea. *Revista Dor*, 11(2), 154-160.
- Fichtel, Å., & Larsson, B. (2002). Psychosocial impact of headache and comorbidity with other pains among Swedish school adolescents. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 42(8), 766-775. doi: <http://10.1046/j.1526-4610.2002.02178.x>.

- Fife-Schaw, C. (2010). Princípios de Estatística Inferencial. In G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond, & J. A. Smith (Eds.), *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (3<sup>th</sup> ed., pp.382-405, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: John Wiley & Sons.
- Fukui, P. T., Gonçalves, T. R. T., Strabelli, C. G., Lucchino, N. M. F., Matos, F. C., Santos, J. P. M. D., ... & Peres, M. F. P. (2008). Trigger factors in migraine patients. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 66(3A), 494-499. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2008000400011>.
- Foch, G. (2014). *Análise do coping religioso em pais de prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Projeto de Dissertação de Mestrado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170. doi: <http://10.1037/0022-3514.48.1.150>.
- Fontenelle, L. (2001). Neurologia na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77(2), S205-S216.
- Forehand, R., Biggar, H., & Kotchick, B. A. (1998). Cumulative risk across family stressors: Short-and long-term effects for adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 119-128. doi: <http://10.1023/A:1022669805492>.
- Fraga, M. D. B., Pinho, R. S., Andreoni, S., Vitalle, M. S. D. S., Fisberg, M., Peres, M. F. P., & Masruha, M. R. (2013). Trigger factors mainly from the environmental type are reported by adolescents with migraine. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 71(5), 290-293. doi: <http://10.1590/0004-282X20130023>.
- Fragoso, Y. D., Padeiro, R. P., Moura, R. T., Moriyama, M. G., & Ribeiro, R. P. (2000). Cefaléia crônica na infância: estudo em uma população de estudantes em Santos. *SP Migrâneas e Cefaléias*, 3, 23-29.
- Freitas, D., da Costa, C. N. B., Siqueira, G. R., Valença, M. M., de Oliveira, D. A., Freitas, D. S., & Oliveira, D. A. (2013). Sintomatologia depressiva em adolescentes com cefaleia primária. *Headache*, 4(1), 13-19.
- Fruchterman, T. M. J., & Reingold, E. M. (1991). Graph drawing by forcedirected placement. *Software – Practice & Experience*, 21, 1129–1164.
- Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). (2011). O direito de ser adolescente: Situação da Adolescência Brasileira 2011. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_saberp11.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_saberp11.pdf).

- Galego, J.C.B. (2006). *Cefaléia Crônica Diária: Classificação, estresse e impacto sobre a qualidade de vida*. Tese de Doutorado. Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde. São José do Rio Preto: SP.
- Galego, J. C. B., Moraes, A. M., Cordeiro, J. A., & Tognola, W. A. (2007). Chronic daily headache: stress and impact on the quality of life. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 65(4B), 1126-1129. doi: <http://10.1590/S0004-282X2007000700006>.
- Galli, F., Canzano, L., Scalisi, T. G., & Guidetti, V. (2009). Psychiatric disorders and headache familial recurrence: A study on 200 children and their parents. *The Journal of Headache and Pain*, 10(3), 187-197. doi: <http://10.1007/s10194-009-0105-7>.
- Garioli, D. S. (2011). *O impacto da dor nas funções executivas e sua relação com as estratégias de enfrentamento em crianças com Anemia Falciforme*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Gejer, D. (2001). Cefaleia na adolescência. *Pediatria Moderna*, 37.
- Gherpelli, J. L. D. (2002). Tratamento das cefaleias. *Jornal de Pediatria*, 78(1), S3-S8.
- Gonçalves, A., & Vilarta, R. (2004). Qualidade de Vida: Identidades e indicadores. In A., Gonçalves, e R. Vilarta, R. (Orgs.),. *Qualidade de Vida e atividade física: Explorando teorias e práticas* (pp. 03-25). Barueri: Manole.
- Grant, K. E., & Compas, B. E. (1995). Stress and anxious-depressed symptoms among adolescents: Searching for mechanisms of risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 1015-1021. doi: <http://10.1037/0022-006X.63.6.1015>.
- Griffa, M.C., & Moreno, J.E. (2001). *Chaves para a Psicologia do Desenvolvimento*. Tomo 2: *Adolescência, vida adulta, velhice*. São Paulo: Paulinas.
- Grolnick, W. S., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1991). Inner resources for school achievement: Motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology*, 83(4), 508. doi: <http://10.1037/0022-0663.83.4.508>.
- Guimarães, C. A. (2015). *Cuidadores familiares de pacientes oncológicos pediátricos em cuidados paliativos: Processo de enfrentamento*. Projeto de Tese de Doutorado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Hart, R. P., Wade, J. B., & Martelli, M. F. (2003). Cognitive impairment in patients with chronic pain: the significance of stress. *Current Pain and Headache Reports*, 7(2), 116-126. doi: <http://10.1007/s11916-003-0021-5>.
- Harter, S. (1985). Competence as a dimension of self-evaluation: Toward a comprehensive model of self-worth. *The Development of the Self*, 2, 55-121.

- Hatcher, L. (1994). *A Step-by-step Approach to Using the SAS System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay.
- Herman, M. A., & McHale, S. M. (1993). Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14(1), 121-136. doi: [http://10.1016/0193-3973\(93\)90027-S](http://10.1016/0193-3973(93)90027-S).
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P. A., van Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale-Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93, 173-183. doi: [http://10.1016/S0304-3959\(01\)00314-1](http://10.1016/S0304-3959(01)00314-1).
- Holroyd, K. A., France, J. L., Nash, J. M., & Hursey, K. G. (1993). Pain state as artifact in the psychological assessment of recurrent headache sufferers. *Pain*, 53(2), 229-235. doi: [http://10.1016/0304-3959\(93\)90085-4](http://10.1016/0304-3959(93)90085-4).
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. L. (1989). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Hostert, P. C. C. P. (2010). *Estratégias de enfrentamento e problemas comportamentais em crianças com câncer, na classe hospitalar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.
- Hostert, P. C. D. C. P., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2015). Coping with hospitalization in children with cancer: The importance of the hospital school. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 627-639. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000400006>.
- Hunfeld, J. A., Perquin, C. W., Duivenvoorden, H. J., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. W., & van der Wouden, J. C. (2001). Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(3), 145-153. doi: <http://10.1093/jpepsy/26.3.145>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2010). *Cidade@ Sorocaba*. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/234Q1>. Acesso em: 30-maio-2014.
- Ierusalimschy, R. & Moreira Filho, P.F. (2002). Fatores desencadeantes de crises de migrânea em pacientes com migrânea sem aura. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60 (3-A), 609- 613.
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(3), 431. doi: <http://10.1037/0022-006X.59.3.431>.
- Jesus, C. A. S., & Peres, M.F.P. (2012). Review of major risk factors for chronic migraine. *Headache Medicine*, 3(4), 181-187.

- Justo, A. P. (2015). *Autorregulação em adolescentes: Relações entre estresse, enfrentamento, temperamento e problemas de comportamento*. Projeto de Tese Doutorado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Justo, A. P., Enumo, S. R. F., & Barros, L. (2014). *Dados preliminares da validação da APES – Adolescent Perceived Events Scale- com adolescentes brasileiros*. Campinas, SP: PUC-Campinas.
- Kaiser, R. S. (1992). Depression in adolescent headache patients. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 32(7), 340-344. doi: <http://10.1111/j.1526-4610.1992.hed3207340.x>.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance: Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332-339.
- Kazdin, A. E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 53-59. doi: <http://10.1111/1475-3588.00011>.
- Karwautz, A., Wöber, C., Lang, T., Böck, A., Wagner-Ennsgraber, C., Vesely, C., & Wöber-Bingöl, Ç. (1999). Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension-type headache: a controlled study and review of the literature. *Cephalalgia*, 19(1), 32-43. doi: <http://10.1111/j.1468-2982.1999.1901032.x>.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1999). *Tratado de Psiquiatria* (3<sup>th</sup> ed., pp.3356-2403, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kaplan, P.S. (2004). The State University of New York at Stony Brook, and Suffolk Country Community College. *Adolescence*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Kernick, D., Reinhold, D., & Campbell, J. L. (2009). Impact of headache on young people in a school population. *British Journal of General Practice*, 59(566), 678-681. doi: <http://10.3399/bjgp09X454142>.
- King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., & MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*, 152(12), 2729-2738. doi: <http://10.1016/j.pain.2011.07.016>.
- Kossakowski, J. J., Epskamp, S., Kieffer, J. M., van Borkulo, C. D., Rhemtulla, M., & Borsboom, D. (2015). The application of a network approach to Health-Related Quality of Life (HRQoL): introducing a new method for assessing HRQoL in healthy adults and cancer patients. *Quality of Life Research*, 1-12. doi: <http://10.1007/s11136-015-1127-z>.
- Kopp, C. B., & Kaler, S. R. (1989). Risk in infancy: Origins and implications. *American Psychologist*, 44(2), 224. doi: <http://10.1037/0003-066X.44.2.224>.



- Kramer, U., & Drapeu, M. (2009). The cognitive errors and coping patterns of child molesters as assessed by external observers: A pilot study. *The Open Criminology Journal*, 2, 24-28.
- Kristjánisdóttir, G., & Wahlberg, V. (1993). Sociodemographic Differences in the Prevalence of Self-Reported Headache in Icelandic School-Children. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 33(7), 376-380. doi: <http://10.1111/j.1526-4610.1993.hed3307376.x>.
- Krohne, H. M. (2002). Stress and coping theories. In N.J. Smelser & P.B. Baltes (Eds.), *Internacional Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp.15563-15170). London: Elsevier Oxford. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0080430767038171>. Acesso em: 29-janeiro-2014.
- Krymchamtowski, A.V. (2004). *Enxaqueca: Tudo o que você precisa saber* (pp. 10-13). São Paulo: Landy.
- Krymchamtowski, A.V. (2008). *Conduas em cefaléia: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kurashima, A. Y. & Santos, E.M.M. (2010). Instrumentos para aferição da qualidade de vida em pediatria. In F.B. Assumpção, E.V. Kuczynski (Orgs.), *Qualidade de vida na Infância e na Adolescência*. (pp. 57-70). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Langeveld, J. H., Koot, H. M., Loonen, M. C. B., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., & Passchier, J. (1996). A quality of life instrument for adolescents with chronic headache. *Cephalgia*, 16(3), 183-196. doi: <http://10.1046/j.1468-2982.1996.1603183.x>.
- Langeveld, J. H. (1998). *Quality of life in adolescents with migraine and other headaches*. Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam.
- Langeveld, J. H., Koot, H. M., & Passchier, J. (1997). Headache intensity and quality of life in adolescents. How are changes in headache intensity in adolescents related to changes in experienced quality of life? *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 37(1), 37-42. doi: <http://10.1046/j.1526-4610.1997.3701037.x>.
- Langeveld, J. H., Koot, H. M., & Passchier, J. (1999). Do experienced stress and trait negative affectivity moderate the relationship between headache and quality of life in adolescents? *Journal of Pediatric Psychology*, 24(1), 1-11.
- Larsson, B. S. (1991). Somatic complaints and their relationship to depressive symptoms in Swedish adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(5), 821-832. doi: <http://10.1111/j.1469-7610.1991.tb01905.x>

- Larsson, B., & Fichtel, Å. (2012). Headache prevalence and characteristics among school children as assessed by prospective paper diary recordings. *The Journal of Headache and Pain*, 13(2), 129-136. doi: <http://10.1007/s10194-011-0410-9>.
- Larsson, B., & Stinson, J. N. (2011). Commentary: On the importance of using prospective diary data in the assessment of recurrent headaches, stressors, and health behaviors in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, jsr034, 8-16.
- Laurell, K., Larsson, B., & Eeg-Olofsson, O. (2005). Headache in schoolchildren: Association with other pain, family history and psychosocial factors. *Pain*, 119(1), 150-158. doi: <http://10.1016/j.pain.2005.09.030>.
- Laurell, K., Larsson, B., Mattsson, P., & Eeg-Olofsson, O. (2006). A 3-year follow-up of headache diagnoses and symptoms in Swedish schoolchildren. *Cephalalgia*, 26(7), 809-815. doi: <http://10.1111/j.1468-2982.2006.01113.x>.
- Lauwerier, E., Van Damme, S., Goubert, L., Paemeleire, K., Devulder, J., & Crombez, G. (2012). To control or not? A motivational perspective on coping with pain. *Acta Neurologica Belgica*, 112(1), 3-7. doi: <http://10.1007/s13760-012-0020-6>.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping, theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliando o conceito da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado em Ética da Vida do Departamento de História, Filosofia e Ciências Sociais, Universidade dos Açores, Açores, Portugal.
- Lees, D.C. (2007). *An empirical investigation of the motivational theory of coping in middle to late childhood*. Doctoral Thesis of Philosophy in Clinical Psychology within the School of Psychology, Griffith University, QLD, Australia.
- Leonardi, M., Steiner, T. J., Scher, A. T., & Lipton, R. B. (2005). The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *The Journal of Headache and Pain*, 6(6), 429-440. doi: <http://10.1007/s10194-005-0252-4>.
- Levine, M. D., & Rappaport, L. A. (1984). Recurrent abdominal pain in school children: the loneliness of the long-distance physician. *Pediatric Clinics of North America*, 31(5), 969-991.
- Lewis, D. W., Ashwal, S., Dahl, G., Dorbad, D., Hirtz, D., Prenskey, A., & Jarjour, I. (2002). Practice parameter: Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches Report of the Quality Standards Subcommittee of the American

- Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 59(4), 490-498. doi: <http://10.1212/WNL.59.4.490>.
- Lj S., Hagen K., Jensen R., Katsarava Z., Lipton R., Scher A., Steiner T., & Zwart J.A. (2007). The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*, 27(3)193–210.
- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology*, 23(2), 397.
- Linnet, M. S., Stewart, W. F., Celentano, D. D., Ziegler, D., & Sprecher, M. (1989). An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *The Journal of the American Medical Association*, 261(15), 2211-2216. doi: <http://10.1001/jama.1989.03420150061038>.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- Lipp, M. N., & Romano, A. S. F. (1987). O stress infantil. *Estudos de Psicologia*, 4(2), 42-54.
- Lipp, M.E.N., & Malagris, L.N. (2001). Manejo de estresse. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas*, (v. 1, pp. 279-292). Campinas: Editora Livro Pleno.
- Lipp, M.E.N., & Malagris, L.N. (2011). Estresse: Aspectos históricos, teóricos e clínicos. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria* (pp. 617-621). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Lipton, R. B., & Stewart, W. F. (1995). Health-related quality of life in headache research. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 35(8), 447-448.
- Lipton, R. B., & Bigal, M. E. (2005). Migraine: Epidemiology, impact, and risk factors for progression. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 45(s1), S3-S13.
- McGrath, P. J., & Unruh, A. M. (1987). *Pain in children and adolescents* (pp. 52-104). Amsterdam: Elsevier.
- McGrath P.J., & Finley G.A. (1999) *Chronic and recurrent pain in children and adolescents*. Seattle: IASP Press.
- Machado, J.P. (1977). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. (3ª ed.). Lisboa: Livros Horizonte.
- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum-Short Form. *Psico-USF*, 20(2), 259-274. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200207>.

- Machado, W.L., Vissoxi, J., & Epskamp, S. (2015). Análise de rede aplicada à psicometria e à avaliação psicológica. In C.S. Hutz, D.R. Bandeira, & C.M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp. 125-146). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Malta, D. C., Sardinha, L. M. V., Mendes, I., Barreto, S. M., Giatti, L., Castro, I. R. R. D., & Crespo, C. (2010). Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Ciência e Saúde Coletiva*, *15*(2), 3009-30019.
- Marchini Gorayeb, M. A., & Gorayeb, R. (2002). Cefaléia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto, SP. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, *60*(3-B), 764-768.
- Martin, P. R., Reece, J., Callan, M., MacLeod, C., Kaur, A., Gregg, K., & Goadsby, P. J. (2014). Behavioral management of the triggers of recurrent headache: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *61*, 1-11. doi: <http://10.1016/j.brat.2014.07.002>.
- Martin, P. R., Callan, M., Kaur, A., & Gregg, K. (2015). Behavioural Management of Headache Triggers: Three Case Examples Illustrating a New Effective Approach (Learning to Cope with Triggers). *Behaviour Change*, *32*(03), 202-208. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/bec.2015.8>
- Martins, S. W. (2011). *Stress, coping e cultura organizacional em terapia intensiva neonatal e suas relações com manejo de dor*. Projeto de Tese de Doutorado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Mascella, V. (2011). *Stress, sintomas de ansiedade e depressão na Migrânea e na Cefaleia Tensional*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Mascella, V., Vieira, N., Beda, L. C., & Lipp, M. E. N. (2014). Stress, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com dor de cabeça. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, *34*(87), 407-428.
- Masi, G., Favilla, L., Millepiedi, S., & Mucci, M. (2000). Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders. *Psychiatry*, *63*(2), 140-149.
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Resilience in developmental: The importance of early childhood. In R. E. Tremblay, R. G. Barr, & R. de V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp.1-6) [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Disponível em:

<http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf> Acesso em: 23-junho-2014.

- Mason, J. W. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 22-36.
- Masson, V. A., Monteiro, M.I, Vedovato, T.G. (2010). Qualidade de vida e instrumentos avaliação de doenças crônicas: revisão de literatura. In R. Vilarta, G. L. Gutierrez, & M. I. Monteiro (Org.), *Qualidade de vida: Evolução dos conceitos e praticas no século XXI* (pp.44-54). Campinas: Ipês Editorial.
- Matta, A.P.C. & Moreira Filho, P.F. (2003). Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com Cefaléia do Tipo Tensional Crônica e Episódica. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(4), 991-994.
- Menezes, M., Moré, C. O., & Barros, L. (2008). Psicologia Pediátrica e seus desafios actuais na formação, pesquisa e intervenção. *Análise Psicológica*, 26(2), 227-238.
- Mezulis, A. H., Funasaki, K. S., Charbonneau, A. M., & Hyde, J. S. (2009). Gender differences in the cognitive vulnerability-stress model of depression in the transition to adolescence. *Cognitive Therapy and Research* [online], 34 (6), 501-513. doi: <http://10.1007/s10608-009-9281-7>.
- Milde-Busch, A., Heinrich, S., Thomas, S., Kühnlein, A., Radon, K., Straube, A., & von Kries, R. (2010). Quality of life in adolescents with headache: Results from a population-based survey. *Cephalalgia*, 30(6), 713-721. doi: <http://10.1177/0333102409354389>.
- Miller, T. W. (1996). *Theory and assessment of stressful life events*. Madison, CT: International Universities Press.
- Minayo, M. C. D. S., Hartz, Z. M. D. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1), 1-13. Doi: [http://10.1016/S0304-3959\(98\)00255-3](http://10.1016/S0304-3959(98)00255-3).
- Moore, A. J., & Shevell, M. (2004). Chronic daily headaches in pediatric neurology practice. *Journal of Child Neurology*, 19(12), 925-929. doi: <http://10.1177/08830738040190120301>.
- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico-USF*, 13 (2), 221-231.
- Morais, N. A., & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do Desenvolvimento Humano, Psicologia Positiva e Resiliência: Ênfase na saúde. In S. H. Koller,

- (Org.), *A ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenções no Brasil*. (pp.91-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454. doi: <http://10.1590/S0102-37722010000300007>.
- Moutran, A. R. C., Villa, T. R., Diaz, L. A. S., Noffs, M. H. D. S., Pinto, M. M. P., Gabbai, A. A., & Carvalho, D. D. S. (2011). Migraine and cognition in children: A controlled study. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 69(2A), 192-195. doi: <http://10.1590/S0004-282X2011000200010>.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9063), 1436-1442.
- Nahas, M. (2015). Qualidade de vida na adolescência. In A. C. A. Pinto, A. C. Limongi, L. Guimarães, M. Lipp, M. C. Ferreira, M. Nahas. *Temas avançados em Qualidade de Vida*. (pp. 171-184). Londrina: Midoograf.
- Nobre, M.E. (2006). *Cefaleias em salvas*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Nodari, E., Battistella, P. A., Naccarella, C., & Vidi, M. (2002). Quality of life in young Italian patients with primary headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 42(4), 268-274. doi: <http://10.1046/j.1526-4610.2002.02079.x>.
- Oliveira, C.G.T. (2013). *Enfrentando a dor na Anemia Falciforme: Uma proposta de avaliação e intervenção psicológica com crianças*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1948). *World Health Organization: First World Health Assembly. Committee on Programme: Draft resolution by the delegation of the United States of America, 10-12*. Documento: A/Prog/59. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/98310>. Acesso em: 03-janeiro-2014.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976*. Genebra: World Health Organization (WHO). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>. Acesso em: 30-janeiro-2014.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986). *La salud de los jovenes: Un desafío para la sociedad. Informe de um Grupo de Estudio de la OMS sobre la salud de los Jóvenes y la salud para todos en el año 2000*. (Serie de Informes Técnicos nº: 731). Genebra: World Health Organization; Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/36922>. Acesso em: 10-janeiro-2014.

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1977). *Necessidades de salud de los adolescents. Informe de um Comité Expertos de la OMS.* (Serie de Informes Técnicos nº: 609). Genebra: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.* Relatório sobre a saúde no mundo. Genebra: World Health Organization (WHO).
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63(1), 28. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0024166>.
- Ozge, A., Termine, C., Antonaci, F., Natriashvili, S., Guidetti, V., & Wöber-Bingöl, C. (2011). Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. *The journal of headache and pain*, 12(1), 13-23. doi: <http://10.1007/s10194-011-0297-5>.
- Palermo, T. M. (2000). Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: a critical review of the literature. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21(1), 58-69.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2005). Resiliência na rua: Um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2(21), 187-195.
- Papalia, D.E., Feldman, R.D., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12<sup>a</sup> ed., pp. 39-502, C. F. M. P. Vercesi Trad.). Porto Alegre, RS: AMGH.
- Passchier, J., & Orlebeke, J. F. (1985). Headaches and stress in schoolchildren: an epidemiological study. *Cephalalgia*, 5(3), 167-176. doi: <http://10.1046/j.1468-2982.1985.0503167.x>.
- Pavone, P., Rizzo, R., Conti, I., Verrotti, A., Mistretta, A., Falsaperla, R., ... & Pavone, L. (2012). Primary Headaches in Children: Clinical Findings and the Association with other Conditions. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology*, 25(4), 1083-1091. Doi: <http://10.1177/039463201202500425>.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- Pereira, F. S. T., Bucarechi, F., Stephan, C., & Cordeiro, R. (2007). Automedicação em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 83(5), 453-458.
- Pereira, J.C.R. (1999). *Análise de Dados Qualitativos- Estratégias Metodológicas para Ciências da Saúde, Humanas e Sociais.* São Paulo: EDUSP.

- Pereira, J. C. R.; Paes, A. T., & Okano, V. (2000). Espaço aberto: Questões comuns sobre epidemiologia, estatística e informática. *Revista do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia*, 7, 12-17.
- Petersen, S., Brulin, C., & Bergström, E. (2006). Recurrent pain symptoms in young schoolchildren are often multiple. *Pain*, 121(1), 145-150. doi: <http://10.1016/j.pain.2005.12.017>.
- Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. (1996). The association between major depression and headache: Results of a longitudinal epidemiologic study in youth. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 6(3), 153-164.
- Pimenta, C. A. M., Cruz, D. A. L. M., Rosseto, E. G., Dellaroza, M. S. G., & Kreling, M. C. G. D. (2006). Epidemiologia da dor. In J. A. B. Figueiró, G. Angelotti, & C. A. M. Pimenta (Orgs.), *Dor e saúde mental* (pp. 3-20), São Paulo: Atheneu.
- Pistoia, F., Sacco, S., & Carolei, A. (2013). Behavioral therapy for chronic migraine. *Current Pain and Headache Reports*, 17(1), 1-8. doi: <http://10.1007/s11916-012-0304-9>.
- Pless, I. B., Power, C., & Peckham, C. S. (1993). Long-term psychosocial sequelae of chronic physical disorders in childhood. *Pediatrics*, 91(6), 1131-1136.
- Prebianchi, H. B. (2003). Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Psicologia: teoria e prática*, 5(1), 57-69.
- Prebianchi, H. B., & Barbarini, É. H. (2009). Qualidade de vida infantil: limites e possibilidades das questões teórico-metodológicas. *Psico USF*, 14(3), 355-364.
- Poveda, C. L. E. C. (2012). *Análise da validade, interpretação e preferência da versão brasileira da Escala Facial de Dor-Revisada, em duas amostras clínicas*. Tese de Doutorado não publicada, Programa Pós-Graduação em Ciências, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
- Powers, S. W., Patton, S. R., Hommel, K. A., & Hershey, A. D. (2003). Quality of life in childhood migraines: Clinical impact and comparison to other chronic illnesses. *Pediatrics*, 112(1), e1-e5.
- Powers, S.W., Hommel, K.A., & Hershey, A. D. (2004). Quality of life in paediatric migraine: characterization of age-related effects using PedsQL 4.0. *Cephalalgia*, 24(2), 120-127. doi: <http://10.1111/j.1468-2982.2004.00652.x>.
- Powers, S. W., Gilman, D. K., & Hershey, A. D. (2006). Headache and psychological functioning in children and adolescents. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 46(9), 1404-1415. doi: <http://10.1111/j.1526-4610.2006.00583.x>.
- Puccini, R. F., & Bresolin, A. M. B. (2003). Dores recorrentes na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 79(Supl.1), S65-S76.



- Puskar, K. R., Lamb, J. M., & Bartolovic, M. (1993). Examining the common stressors and coping methods of rural adolescents. *The Nurse Practitioner*, 18(11), 50-53.
- Raffaelli Jr., E., Silva Néto, R., & Roesler, C.P. (2005). *Dor de cabeça: Um guia para entender as dores de cabeça e seus tratamentos*. (5ª ed., pp. 11-33). Rio de Janeiro, RJ: Prestígio Editorial.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. D. (2015). Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos Psicologia* (Campinas), 32(2), 269-279. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200011>.
- Ramos, F. P. (2012). *Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Tese de Doutorado não publicada, Programa Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Ramos, M. S., Maia, J. C., El Halal, C. D. S., Medeiros, C. A. A., Calixto, A. K., Nogueira, F. B., & Riesgo, R. D. S. (2011). Características clínicas de pacientes com cefaléia, atendidos no serviço de neuropediatria. In: 31ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/38353/000817194.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20-fevereiro-2014.
- Reid, G. J., Gilbert, C. A., & McGrath, P. J. (1998). The pain coping questionnaire: Preliminary validation. *Pain*, 76(1), 83-96. doi: [http://10.1016/S0304-3959\(98\)00029-3](http://10.1016/S0304-3959(98)00029-3).
- Reinhold, H. H. (2010). Educação com sentido: Orientação para professores. In M.E.N. Lipp (Org.), *O adolescente e seus dilemas: Orientação para pais e educadores*. (pp.27-40). Campinas, SP: Papirus.
- Reyna, V. F., & Rivers, S. E. (2008). Current Theories of Risk and Rational Decision Making. *Developmental Review*, 28(1), 1-11. doi: <http://10.1016/j.dr.2008.01.002>.
- Robert, M. C., & Steele, R. G. (2009). *Handbook of Pediatric Psychology* (4th. ed.). New York: The Guilford Press.
- Robbins, L. (2015). Child and Adolescent Headaches. In *Advanced Headache Therapy* (pp. 115-128). Springer International Publishing. doi: [http://10.1007/978-3-319-13899-2\\_3](http://10.1007/978-3-319-13899-2_3).
- Rodrigues, M. F. M. (2008). *Cefaleias na infância e adolescência: A enxaqueca migranosa e a cefaleia do tipo-tensão*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal.
- Romas, J. A., & Sharma, M. (2010). *Practical stress management* (5<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

- Rousseau-Salvador, C., Amouroux, R., Annequin, D., Salvador, A., Tourniaire, B., & Rusinek, S. (2014). Anxiety, depression and school absenteeism in youth with chronic or episodic headache. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 19(5), 235.
- Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 52, 569-578.
- Rothbart, M. K. (2011). Early temperament and psychosocial development. In R. E. Tremblay, M. Boivin, & R. de V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. Disponível em: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/RothbartANGxp2.pdf>. Acesso em: 10-dezembro-2013.
- Rothbart, M. K. (2012). *Becoming who we are: Temperament and personality in development*. New York: The Guilford Press.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stöven, H., Schwarzenberger, J., & Schmucker, P. (2005). Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*, 115(2), e152-e162. doi: <http://10.1542/peds.2004-0682>.
- Rothner, A. D. (1987). Headaches in children and adolescents: Classification and recommendations. *Postgraduate Medicine*, 81(8), 223-230.
- Rudolph, K. D., Dennig, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118(3), 328. doi: <http://10.1037/0033-2909.118.3.328>.
- Ryzin, M. J. V., Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (2011). Attachment discontinuity in a high-risk sample. *Attachment & Human Development*, 13(4), 381–401. doi: <http://10.1080/14616734.2011.584403>.
- Sandler, I., Wolchik, S., & Schoenfelder, E. (2011). *Evidence – based family-focused prevention programs for children*. Annual Review of Psychology (vol.62). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Santos, C. C., & Lippi, G. R. (2013). Comorbidades psiquiátricas em pacientes de cefaleias primárias. *Headache*, 4(1), 25-30.
- Santrock, J.W. (2014). *Adolescência* (14ª ed., pp. 415- 426, S. M. Rosa, Trad.). Porto Alegre, RS: AMGH.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.

- Sarmiento, S.M.E. (2008). Artigo de revisão sobre Neuropsicologia das cefaléias. *Migrâneas e Cefaléias*, 11(2)114-117.
- Schechter, N.L. (2006). Treatment of acute and chronic pain in the outpatient setting. In G.A. Finley, P.J. McGrath, & C.T. Chambers (Eds.), *Bringing pain relief to children: Treatment approaches*. (pp. 31-58). Totowa, NJ: Humana Press.
- Schenker, M., & Minayo, M. D. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Schipper, H. (1990). Guidelines and caveats for quality of life measurement in clinical practice and research. *Oncology*, 4(5), 51-57.
- Schmidt, S., Petersen, C., & Bullinger, M. (2003). Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents— A conceptual framework and its implications for participation. *Child: Care, Health and Development*, 29(1), 63-75. doi: <http://10.1046/j.1365-2214.2003.00309.x>.
- Seiffge-Krenke, I., Weidemann, S., Fentner, S., Aegenheister, N., & Poeb lau, M. (2001). Coping with school-related stress and family stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 6(2), 123-132. doi: <http://10.1027//1016-9040.6.2.123>.
- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2009). Changes in stress perception and coping during adolescence: The role of situational and personal factors. *Child development*, 80(1), 259-279. doi: <http://10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x>.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6, 117-231.
- Selye, H. (1951). *First annual report on stress*. Acta, Incorporated.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw- Hill.
- Sheftell, F., Steiner, T. J., & Thomas, H. (2007). Harry Potter and the curse of headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 47(6), 911-916. doi: <http://10.1111/j.1526-4610.2007.00665.x>.
- Schmittmann, V. D., Cramer, A. O., Waldorp, L. J., Epskamp, S., Kievit, R. A., & Borsboom, D. (2013). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*, 31(1), 43-53. doi: <http://10.1016/j.newideapsych.2011.02.007>.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., & Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246. doi: <http://10.1542/peds.2011-2663>.
- Siegel, S. & Castellan Jr. N. J. (2006). *Estatística Não – Paramétrica para Ciências do Comportamento*. 2ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Sillampää, M. D. (1994) Headache in children. In J. Olesen, (Ed.), *Headache classification and epidemiology*. (pp. 273-281). New York: Raven Press.
- Sillanpää, M. (1983). Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first seven school years. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 23(1), 15-19. doi: <http://10.1111/j.1526-4610.1983.hed2301015.x>.
- Silva, A. M. B. (2013). *Avaliação e intervenção psicofisiológica no coping da dor em bailarinos: Análise de uma proposta*. Projeto de Tese de Doutorado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Silva, W.F. (2003). *Diagnóstico das cefaléias*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Silva, F. C. D., & Thuler, L. C. S. (2008). Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. *Jornal de Pediatria*, 84(4), 344-349. doi: <http://10.1590/S0021-75572008000400010>.
- Silva, G. A., Freitas, D. S., Costa, C. N. B., Sousa, S. C. D., Valença, M. M., & Oliveira, D. A. (2013). Adaptação transcultural da versão em português do Brasil do questionário *Quality of Life Headache-Youth (QLH-Y)*. *Headache Medicine*, 4(2), 45-53.
- Silveira, K. A. (2011). *A experiência de aprendizagem mediada em classes inclusivas: Relações entre stress, coping e comportamentos mediacionais de professores*. Projeto de Tese de Doutorado aprovado em Exame de Qualificação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Singh, A., Alter, H. J., & Zaia, B. (2008). Does the Addition of Dexamethasone to Standard Therapy for Acute Migraine Headache Decrease the Incidence of Recurrent Headache for Patients Treated in the Emergency Department? A Meta-analysis and Systematic Review of the Literature. *Academic Emergency Medicine*, 15(12), 1223-1233. doi: <http://10.1111/j.1553-2712.2008.00283.x>.
- Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping and development. In R. Schawarzer (Eds.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 91-106). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping and development. In J. B. Brandtstadter, & R. M. Lerner (Eds.), *Action and self-development* (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (1998). Reflections on coping and development across the life span. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 357-366.

- Skinner, E. A., & Edge, K. (2002). Self-determination, coping and development. In E. L. Deci, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 297-337). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>.
- Skinner, E.A. & Welborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Liffe-Span Development and Behavior* (v.12, pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Skinner, E. A., & Welborn, J. G. (1997). Children's coping in the academic domain. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking theory and intervention* (pp. 387-422). New York: Plenum Press.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58,119-44.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck M. J. (2009). Challenges to the developmental study of coping. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Coping and the development of regulation: New Directions for Child and Adolescent Development* (pp. 5-17). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sociedade Brasileira de Cefaleia [SBCe] (2007). *A dor de cabeça é uma das queixas mais comuns do homem civilizado*. Disponível em: [http://www.sbce.med.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35:a-dor-de-cabeca-e-uma-das-queixas-mais-comuns-do-homem-civilizado&catid=12:mitos-verdades&Itemid=719](http://www.sbce.med.br/index.php?option=com_content&view=article&id=35:a-dor-de-cabeca-e-uma-das-queixas-mais-comuns-do-homem-civilizado&catid=12:mitos-verdades&Itemid=719). Acesso em: 06-julho-2013.
- Sociedade Brasileira de Cefaleia [SBCe] (2009a). *Cefaleia na mulher*. Disponível em: [http://www.sbce.med.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44:cefaleia-na-mulher&catid=19:tipos-de-dor-de-cabeca&Itemid=718](http://www.sbce.med.br/index.php?option=com_content&view=article&id=44:cefaleia-na-mulher&catid=19:tipos-de-dor-de-cabeca&Itemid=718). Acesso em: 04-junho-2013.
- Sociedade Brasileira de Cefaleia [SBCe] (2009b). *Tipos de dor de cabeça: Cefaleia do Tipo Tensional*. Disponível em: [http://www.sbce.med.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23:tipos-de-dor-de-cabeca&catid=19&Itemid=718&showall=&limitstart=2](http://www.sbce.med.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23:tipos-de-dor-de-cabeca&catid=19&Itemid=718&showall=&limitstart=2). Acesso em: 10-maio-2013.
- Sociedade Brasileira de Cefaleia [SBCe] (2013). *Como tudo começou*. Disponível em: [http://www.sbce.med.br/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=376:como-tudo-começou&Itemid=699](http://www.sbce.med.br/index.php?option=com_k2&view=item&id=376:como-tudo-começou&Itemid=699). Acesso em: 10-abril-2014.

- Solomon, S., & Fraccaro, S. (1991). *The headache book*. New York: Union of United Inc. Yonkers.
- Solomon, S., Lipton, R. B., & Newman, L. C. (1992). Evaluation of chronic daily headache—comparison to criteria for chronic tension-type headache. *Cephalalgia*, 12(6), 365-368. doi: <http://10.1111/j.1468-2982.1992.00365.x>.
- Solomon, G. D., Skobieranda, F. G., & Gragg, L. A. (1993). Quality of life and well-being of headache patients: measurement by the Medical Outcomes Study Instrument. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 33(7), 351-358. doi: <http://10.1111/j.1526-4610.1993.hed3307351.x>.
- Solomon, G. D. (1997). Evolution of the measurement of quality of life in migraine. *Neurology*, 48(3 Suppl 3), 10S-15S. doi: [http://10.1212/WNL.48.3\\_Suppl\\_3.10S](http://10.1212/WNL.48.3_Suppl_3.10S).
- Sousa, S. M. C. (2011). *Cefaleia e perturbações do sono: prevalência nas crianças e adolescentes do Concelho da Covilhã*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior. Covilhã, Portugal.
- Spagrud, L. J., Piira, T., & Von Baeyer, C. L. (2003). Children's self-report of pain intensity: The Faces Pain Scale—Revised. *The American Journal of Nursing*, 103(12), 62-64.
- Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., & Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain*, 138(1), 11-21. doi:[10.1016/j.pain.2007.10.032](http://10.1016/j.pain.2007.10.032)
- Steinberg, L. (2011). Adolescent risk-taking: A social neuroscience perspective. In E. Amsel & J. Smetana (Eds.), *Adolescent vulnerabilities and opportunities: Constructivist developmental perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1995). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*. 2<sup>nd</sup> Ed. Oxford: Oxford University Press.
- Stewart W. F., & Lipton R.B. (1993). Societal impact of headache. In J. Olesen, P. Tfelt-Hansen, K. M. A.Welch, (Eds.), *The headaches* (pp. 29-34). New York: Raven Press.
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Whyte, J., Dowson, A., Kolodner, K., Liberman, J. N., & Sawyer, J. (1999). An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology*, 53(5), 988-988. doi: <http://10.1212/WNL.53.5.988>.
- Stinson, J. N., Kavanagh, T., Yamada, J., Gill, N., & Stevens, B. (2006). Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. *Pain*, 125(1), 143-157. doi: <http://10.1016/j.pain.2006.05.006>.

- Stovner, L. J., & Andree, C. (2010). Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *The Journal of Headache and Pain*, 11(4), 289-299. doi: <http://10.1007/s10194-010-0217-0>.
- Tabachnick, S., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. 4<sup>th</sup> Ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Tavares J. (2001). Resiliência e educação. São Paulo: Cortez Editora.
- Termine, C., Özge, A., Antonaci, F., Natriashvili, S., Guidetti, V., & Wöber-Bingöl, C. (2011). Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part II: therapeutic management. *The Journal of Headache and Pain*, 12(1), 25-34. doi: <http://10.1007/s10194-010-0256-6>.
- Tricoli, V. A. C. (2010). O stress emocional e seus efeitos. In M.E.N. Lipp (Org.), *O adolescente e seus dilemas: Orientação para pais e educadores* (pp.157-177). Campinas, SP: Papirus.
- Terwindt, G. M., Ferrari, M. D., Tijhuis, M., Groenen, S. M. A., Picavet, H. S. J., & Launer, L. J. (2000). The impact of migraine on quality of life in the general population The GEM study. *Neurology*, 55(5), 624-629. doi: <http://10.1212/WNL.55.5.624>.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361. doi: <http://10.1007/BF01173478>.
- Tolan, P. H., Gorman-Smith, D., Henry, D., Chung, K., & Hunt, M. (2004). The relation of patterns of coping of inner-city youth to psychopathology symptoms. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 423-449. doi: <http://10.1111/1532-7795.00040>.
- Tomlinson, D., von Baeyer, C. L., Stinson, J. N., & Sung, L. (2010). A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*, peds-1609. doi: <http://10.1542/peds.2010-1609>.
- Topczewski, A. (2002). *Cefaleia na infância e adolescência: como lidar?* (pp. 21-30). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Turner, D. P., Smitherman, T. A., Martin, V. T., Penzien, D. B., & Houle, T. T. (2013). Causality and headache triggers. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 53(4), 628-635. DOI: <http://10.1111/head.12076>.
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: A motivational perspective. *Pain*, 139(1), 1-4.
- Varni, J. W., Blount, R. L., Waldron, S. A., & Smith, A. J. (1995). Management of pain and distress. In Adina J. Robert, Michael C. (Ed), *Handbook of Pediatric Psychology* (2nd ed., pp. 105-123). New York: Guilford Press.

- Varni, J. W., Rapoff, M. A., Waldron, S. A., Gragg, R. A., Bernstein, B. H., & Lindsley, C. B. (1996a). Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 17*, 154–161.
- Varni, J. W., Waldron, S. A., Gragg, R. A., Rapoff, M. A., Bernstein, B. H., Lindsley, C. B., & Newcomb, M. D. (1996b). Development of the Waldron/Varni pediatric pain coping inventory. *Pain, 67*(1), 141-150. doi: [http://10.1016/0304-3959\(96\)03077-1](http://10.1016/0304-3959(96)03077-1).
- Véronneau, M. H., & Dishion, T. J. (2010). Predicting change in early adolescent problem behavior in the middle school years: A mesosystemic perspective on parenting and peer experiences. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(8), 1125-1137. Doi: <http://10.1007/s10802-010-9431-0>.
- Vieira, V. A. (2009). Moderação, mediação, moderadora-mediadora e efeitos indiretos em modelagem de equações estruturais: uma aplicação no modelo de desconfirmação de expectativas. *Revista de Administração RAUSP, 44*(1), 17-33.
- Villa, T. R., Moutran, A. C., Diaz, L. S., Pinto, M. P., Carvalho, F. A., Gabbai, A. A., & de Souza Carvalho, D. (2009). Visual attention in children with migraine: a controlled comparative study. *Cephalalgia, 29*(6), 631-634. doi: <http://10.1111/j.1468-2982.2008.01767.x>.
- Vilarino, J. F., Soares, I. C., Silveira, C. D., Rödel, A. P. P., Bortoli, R., & Lemos, R. R. (1998). Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública, 32*(1), 43-9.
- Virtanen, R., Aromaa, M., Koskenvuo, M., Sillanpää, M., Pulkkinen, L., Metsähonkala, L., & Kaprio, J. (2004). Externalizing problem behaviors and headache: A follow-up study of adolescent Finnish twins. *Pediatrics, 114*(4), 981-987. doi: <http://10.1542/peds.2003-1103-L>.
- Von Weiss, R. T., Rapoff, M. A., Varni, J. W., Lindsley, C. B., Olson, N. Y., Madson, K. L., et al. (2002). Daily hassles and social support as predictors of adjustment in children with pediatric rheumatic disease. *Journal of Pediatric Psychology, 27*, 155–165. doi: <http://10.1093/jpepsy/27.2.155>.
- Wadsworth, M. E., Raviv, T., Compas, B. E., & Connor-Smith, J. K. (2005). Parent and adolescent responses to poverty-related stress: Test of mediated and moderated coping models. *Journal of Child and Family Studies, 14*(2), 283-298. doi: <http://10.1007/s10826-005-5056-2>.
- Wadsworth, M.E., Reickmann, T., Benson, M., & Compas, B.E. (2004). Coping and responses to stress in Navajo adolescents: Psychometric properties of the Responses to Stress Questionnaire. *Journal of Community Psychology, 32*, 391-411. doi: <http://10.1002/jcop.20008>.



- Walker, L. S. (1999). The evolution of research on recurrent abdominal pain: History, assumptions, and a conceptual model. In P. J. McGrath & G. A. Finley (Eds.), *Chronic and recurrent pain in children and adolescents* (pp. 141–172). Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Walker, S. R., & Rosser, R. M. (1988). *Quality of Life, assessment and application: Proceedings of the Centre for Medicines Research Workshop Held at the CIBA Foundation*. London: MTP press.
- Walker, L. S., & Greene, J. W. (1989). Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families?. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(2), 231-243. doi: <http://10.1093/jpepsy/14.2.231>.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1991). Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(4), 379-394. doi: <http://10.1007/BF00919084>.
- White, R. W. (1974). Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. *Coping and Adaptation*, 47, 68.
- White, K. S., & Farrell, A. D. (2006). Anxiety and psychosocial stress as predictors of headache and abdominal pain in urban early adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(6), 582-596. doi: <http://10.1093/jpepsy/jsj050>.
- Wöber-Bingöl, Ç. (2007). Prefácio. In M. A. Arruda, & V. Guidetti (Org.), *Cefaléias na infância e adolescência* (p.5). Ribeirão Preto, SP: Instituto GLIA.
- Wöber, C., & Wöber-Bingöl, Ç. (2010). Triggers of migraine and tension-type headache. *Handbook of Clinical Neurology*, 97, 161-172. doi: [http://10.1016/S0072-9752\(10\)97012-7](http://10.1016/S0072-9752(10)97012-7).
- Yao, S., Xiao, J., Zhu, X., Zhang, C., Auerbach, R. P., Mcwhinnie, C. M., ... & Wang, C. (2010). Coping and involuntary responses to stress in Chinese university students: Psychometric properties of the Responses to Stress Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 92(4), 356-361. doi: <http://10.1080/00223891.2010.482015>.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e Educação* (pp.13-43). São Paulo: Cortez Editora.
- Zimmerman, M. A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8(4), 1-17.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D. C., & Skinner, E. A. (2011). Children's emotions and coping with interpersonal stress as correlates of social competence. *Australian*

*Journal of Psychology*, 63 (3), 131-141. doi: <http://10.1111/j.1742-9536.2011.00019.x>.

Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D. C., Bradley, G.L., & Skinner, E. A. (2009). Use of an analogue method to examine children's appraisals of threat and emotion in response to stressful events. *Motivation & Emotion*, 33, 136 -149. doi: <http://10.1007/s11031-009-9123-7>.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: Development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35 (1), 1-17. doi: <http://10.1177/0165025410384923>.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO DE QUEIXA DE DOR DE CABEÇA

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Classe / Ano: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

*Estamos fazendo uma pesquisa sobre queixas de dor de cabeça em adolescentes e gostaríamos de contar com sua colaboração, respondendo o questionário. Desde já agradecemos sua participação.*

1) Você já sentiu dor de cabeça?

Sim ( ) Não ( )

2) Faz quanto tempo que você sentiu a última dor de cabeça?

( ) Ainda hoje

( ) Ontem

( ) Na última semana

( ) No último mês

( ) Há mais de 6 meses

3) Com que frequência você sente dor de cabeça?

( ) Pelo menos uma vez por dia

( ) Pelo menos uma vez por semana

( ) Pelo menos uma vez por mês

( ) Pelo menos uma vez nos últimos 6 meses

4) Pense na sua última dor de cabeça e em qual foi a intensidade da dor.

*“Estas caras mostram o quanto alguma coisa pode doer. Esta cara [veja a face mais à esquerda, de número 0] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [veja as faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [veja a face mais à direita, de número 10] que mostra muita dor. Aponte para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento]”.*

----- 0 2 4 6 8 10 -----  
Fold here



5) Você já consultou algum médico por causa das dores de cabeça?

Sim ( ) Não ( )

## APÊNDICE B

### Tabelas de resultados do Questionário de Queixa de Dor de Cabeça

Tabela B27. Quanto tempo sentiu a última dor de cabeça, frequência e intensidade (n = 386)

<b>Questão</b>	<b>Alternativas</b>	<b>n (%)</b>
Faz quanto tempo que você sentiu a última dor de cabeça?	Há mais de 6 meses	27 (7,01)
	No último mês	73 (18,96)
	Na última semana	122 (31,69)
	Ontem	93 (24,16)
	Ainda hoje	70 (18,18)
	Não respondeu	1
Com que frequência você sente dor de cabeça?	Pelo menos 1 vez nos últimos 6 meses	36 (9,33)
	Pelo menos 1 vez por mês	124 (32,12)
	Pelo menos 1 vez por semana	151 (39,12)
	Pelo menos 1 vez por dia	75 (19,43)
Pense na sua última dor de cabeça e em qual foi a intensidade da dor.	0	60 (15,54)
	2	92 (23,83)
	4	113 (29,27)
	6	72 (18,65)
	8	34 (8,82)
	10	15 (3,89)

Tabela B28. Consulta com médico, a especialidade médica e se está em tratamento (n = 386)

<b>Questão</b>	<b>Alternativas</b>	<b>n (%)</b>
Você já consultou um médico por causa das dores de cabeça?	Sim	160 (41,67)
	Não	224 (58,33)
	Não respondeu	2
Qual a especialidade do médico?	Clínico Geral	93 (58,86)
	Neurologista	45 (28,48)
	Oftalmologista	16 (10,13)
	Pediatra	2 (1,27)
	Otorrinolaringologista	2 (1,27)
	Não respondeu	2
Atualmente está em tratamento com esse médico?	Sim	26 (16,25)
	Não	134 (83,75)

Tabela B29. *Diagnóstico do médico segundo o aluno (n = 160)*

<b>Questão</b>	<b>Respostas</b>	<b>n (%)</b>
Qual foi o diagnóstico dado pelo médico da queixa de dor de cabeça?	Não sabe	44 (27,85)
	Sinusite	37 (23,42)
	Enxaqueca	25 (15,82)
	Falta de óculos	22 (13,92)
	EEstressee	14 (8,86)
	Gripe	5 (3,16)
	Mal estar e passar fome	3 (1,90)
	Má alimentação	3 (1,90)
	Problema de visão e ansiedade	1 (0,63)
	Falta de dormir, cansaço	1 (0,63)
	Hormônios	1 (0,63)
	Meningite bacteriana	1 (0,63)
	Convulsão	1 (0,63)
Não respondeu	2	

## APÊNDICE C

### PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE CARACTERIZAÇÃO DA DOR

As perguntas aqui escritas são importantes e devem ser respondidas com atenção, para que possamos entender como você percebe a sua dor, como se sente e o que faz quando está com dor.

Dados do participante:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Dados do cuidador/ responsável:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Atividade Ocupacional: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Outras crianças/adolescentes sob seus cuidados: Sim ( ) Não ( ).

Quantas? \_\_\_\_\_

#### 1. Você costuma sentir dor de cabeça?

Sim ( ) Não ( )

#### Se sim, com que frequência:

- ( ) diária
- ( ) 2 a 3 vezes por semana
- ( ) uma vez por semana
- ( ) uma vez por mês
- ( ) uma vez nos últimos 6 meses

#### 2. Pense na sua última dor de cabeça e em qual foi a intensidade da dor.

“Estas caras mostram o quanto alguma coisa pode doer. Esta cara [veja a face mais à esquerda, de número 0] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [veja as faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [veja a face mais à direita, de número 10] que mostra muita dor. Aponte para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento]”.

..... 0 ..... 2 ..... 4 ..... Fold here ..... 6 ..... 8 ..... 10 .....





**3. Na sua percepção, a dor foi de qual tipo? (Pode marcar mais de uma se for preciso)**

- Em queimação
- Em aperto
- Em fincada
- Em pulsação
- Profunda
- Engraçada
- Outro tipo

Escreva

aqui: \_\_\_\_\_

**4. Durou quanto tempo? \_\_\_\_\_(dias) \_\_\_\_\_(horas) \_\_\_\_\_(minutos)**

**5. A dor atrapalhou você em (pode marcar mais de uma se for preciso):**

- Dormir
- Alimentar
- Andar
- Brincar
- Passear
- Ir à escola
- Fazer a tarefa da escola
- Ver televisão
- Outros:

**6. O que foi feito para melhorar a dor de cabeça? Ou o que você geralmente faz para melhorar a dor? (Pode marcar mais de uma se for preciso)**

- A dor melhorou sozinha
- Tomou remédio
- Fez outra coisa – **O que?**

\_\_\_\_\_  
 Foi ao médico

**7. Alguém mais em sua família sofre com dores de cabeça?**

\_\_\_\_\_  
*Fonte.* Oliveira (2013, p. 267, adaptação a partir de: Questionário adaptado de: Alvim, R.C., Viana,

M. B., Rezende, P. V. & Brito, A. C. (2009). Perfil e Impacto da dor em crianças e adolescentes com doença falciforme. *Revista Brasileira de hematologia e Hemoterapia*. Rio de Janeiro.

## APÊNDICE D

### Análise de Consistência Interna da APES

A Tabela 30 apresenta os coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) para medir a confiabilidade do Inventário de Percepção de Eventos (APES). Verificou-se alta consistência interna para a escala no total.

Tabela D30. *Análise de consistência interna do Inventário de Percepção de Eventos (APES) (N = 54)*

Domínio/Parte	Nº de Itens	Coeficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coeficiente $\alpha$ (após retirada)**
Total/Acontece	89	<b>0.912</b>	Evento 39	-0.063	<b>0.914</b>
			Evento 3	0.005	<b>0.915</b>
			Evento 1	0.035	<b>0.916</b>
Total/Nível de Desejabilidade	89	<b>0.771</b>	Nível 48	-0.280	<b>0.784</b>
			Nível 73	-0.225	<b>0.794</b>
			Nível 3	-0.182	<b>0.804</b>
			Nível 83	-0.073	<b>0.809</b>
			Nível 23	-0.050	<b>0.814</b>
			Nível 32	-0.026	<b>0.819</b>

\* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

\*\* Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

Nota. APES = *Adolescent Perceived Events Scale (Grant & Compas, 1995)*.

## APÊNDICE E

### Análise de Consistência Interna da Escala de Coping de Estressores da Adolescência

As Tabelas 33 a 36 apresentam os coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) para medir a confiabilidade da escala de estratégias de enfrentamento (Escala de *Coping* de Estressores da Adolescência). Verificou-se alta consistência interna para algumas famílias e subescalas.

Tabela E33. *Análise de consistência interna da escala de estratégias de enfrentamento (coping) para cada uma das 12 famílias com 3 situações (N = 54)*

Família/Situação	Nº de Itens	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente $\alpha$ (após retirada)**
Autoconfiança (1, 2 e 3)	3	0.546	---	---	---
Busca de suporte (1, 2 e 3)	3	0.451	---	---	---
Resolução de problema (1, 2 e 3)	3	0.566	---	---	---
Busca de informações (1, 2 e 3)	3	0.630	---	---	---
Acomodação (1, 2 e 3)	3	0.635	---	---	---
Negociação (1, 2 e 3)	3	-0.022	Negociação3	-0.133	0.309
Delegação (1, 2 e 3)	3	0.450	Delegação2	0.085	0.663
Isolamento (1, 2 e 3)	3	0.269	Isolamento2	0.009	0.477
Desamparo (1, 2 e 3)	3	0.654	---	---	---
Fuga (1, 2 e 3)	3	0.284	---	---	---
Submissão (1, 2 e 3)	3	0.093	Submissão1	-0.003	0.188
Oposição (1, 2 e 3)	3	0.661	---	---	---

\* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

\*\* Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

Tabela E34. *Análise de consistência interna da escala de estratégias de enfrentamento (coping) para cada uma das 12 famílias com 2 situações (1 e 3) (N = 54)*

Família/Situação	Nº de Itens	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente $\alpha$ (após retirada)**
Autoconfiança (1 e 3)	3	0.601	---	---	---
Busca de suporte (1 e 3)	3	0.594	---	---	---
Resolução de problema (1 e 3)	3	0.342	---	---	---
Busca de informações (1 e 3)	3	0.563	---	---	---
Acomodação (1 e 3)	3	0.537	---	---	---
Negociação (1 e 3)	3	-0.018	---	---	---
Delegação (1 e 3)	3	0.663	---	---	---
Isolamento (1 e 3)	3	0.477	---	---	---
Desamparo (1 e 3)	3	0.518	---	---	---
Fuga (1 e 3)	3	0.067	---	---	---
Submissão (1 e 3)	3	0.114	---	---	---
Oposição (1 e 3)	3	0.571	---	---	---

\* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

\*\* Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

Tabela E35. Análise de consistência interna da escala de estratégias de enfrentamento (coping) para cada subescala (coping adaptativo e mal adaptativo) com 3 situações e 2 situações (N = 54), usando cada item das famílias

Subescala/Situação	Nº de Itens	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente $\alpha$ (após retirada)**
Coping Adaptativo (1, 2 e 3)	18	0.595	Acomodação1	-0.156	0.634
			Acomodação2	-0.060	0.660
			Acomodação3	-0.083	0.689
			Autoconfiança1	0.067	<b>0.701</b>
Coping Não adaptativo (1, 2 e 3)	18	0.685	Oposição3	-0.082	<b>0.709</b>
Coping Adaptativo (1 e 3)	12	0.497	Acomodação1	-0.199	0.573
			Acomodação3	-0.061	0.618
			Autoconfiança1	0.080	0.638
			Autoconfiança3	-0.001	0.681
Coping Não adaptativo (1 e 3)	12	0.595	Oposição3	-0.185	0.657
			Oposição1	-0.043	0.696

\* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

\*\* Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

Tabela E36. Análise de consistência interna da Escala de Estratégias de Enfrentamento (coping) para cada subescala (coping adaptativo e mal adaptativo) com 3 situações e 2 situações, usando a soma das medidas das situações (N = 54)

Subescala/Situação	Nº de Itens	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente $\alpha$ (após retirada)**
Coping Adaptativo (1, 2 e 3)	6	0.424	Acomodação	-0.229	0.606
			Autoconfiança	-0.008	<b>0.724</b>
Coping Não adaptativo (1, 2 e 3)	6	0.616	Oposição	-0.063	0.718
Coping Adaptativo (1 e 3)	6	0.363	Acomodação	-0.234	0.556
			Autoconfiança	0.015	0.660
Coping Não adaptativo (1 e 3)	6	0.519	Oposição	-0.193	0.673

\* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

\*\* Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

## APÊNDICE F

### Dimensões e Categorias do RSQ-H

Tabela F37. Cinco Fatores (dimensões/domínios), as categorias de coping e seus respectivos itens do RSQ-H

Dimensões (domínios)	Categorias de coping (EE)	Perguntas no questionário
<b>Coping de engajamento de controle primário</b>	1. Resolução de Problemas (Itens, 3, 17, 24)	3. Eu tento pensar em outras maneiras para amenizar a dor de cabeça ou fazê-la ir embora. Escreva uma das maneiras pensada por você: 17. Quando estou com dor de cabeça, eu peço ajuda ou algumas ideias de como me sentir melhor. (lembre-se de circular um número). Marque todos aqueles com quem você falou:  24. Eu tento curar a minha dor de cabeça ou ajo para modificá-la. Escreva uma coisa que você já fez:
	2. Regulação emocional (Itens 21, 45, 48)	21. Eu busco ajuda das pessoas quando estou tentando descobrir como lidar com minhas emoções. (lembre-se de circular um número). Marque todos aqueles com quem você falou:  45. Algumas atividades me acalmam quando estou com dor de cabeça. (lembre-se de circular um número). Marque tudo o que você faz:  48. Eu consigo manter o controle sobre os meus sentimentos quando eu preciso, e os ponho para fora quando eles não serão capazes de piorar a situação.
	3. Expressão emocional (Itens 7, 20, 32)	7. Eu faço com que alguém ou alguma coisa saiba como eu me sinto. (lembre-se de circular um número). Marque todos aqueles com quem você falou:  20. Eu ponho os meus sentimentos para fora. (lembre-se de circular um número). Eu faço isto da seguinte forma: (Marque tudo o que você faz):  32. Eu recebo compaixão, compreensão e apoio de alguém. (lembre-se de circular um número). Marque todos aqueles de quem você recebe:
<b>Coping de engajamento de controle secundário</b>	1. Pensamento positivo (Itens 19, 50, 52)	19. Eu digo para mim que eu serei capaz de superar isto, ou que eu ficarei bem e farei melhor futuramente. 50. Eu digo para mim que tudo vai ficar bem. 52. Eu penso em maneiras de rir da situação da dor de cabeça para que ela não pareça tão ruim.

Tabela F37. (continuação) *Cinco Fatores (dimensões/domínios), as categorias de coping e seus respectivos itens do RSQ-H*

<b>Dimensões (domínios)</b>	<b>Categorias de coping (EE)</b>	<b>Perguntas no questionário</b>
	2. Reestruturação cognitiva (Itens 34, 36, 39)	34. Eu falo para mim que as coisas poderiam ser piores. 36. Eu digo para mim que nada disto importa e que não faz diferença. 39. Quando estou com dor de cabeça, eu penso em tudo aquilo que estou aprendendo com a situação, ou que algo de bom sairá disto.
	3. Aceitação (Itens 8, 13, 29)	8. Decidi que estou bem do jeito que sou, mesmo que eu tenha muitas dores de cabeça. 13. Cheguei à conclusão que eu devo conviver com as situações do jeito que elas são. 29. Eu recebo as situações do jeito que elas são; simplesmente sigo o fluxo.
	4. Distração (Itens 30, 43, 54)	30. Penso em coisas felizes para evitar pensar na dor de cabeça ou em minhas emoções. 43. Tento esquecer a dor de cabeça realizando atividades: (lembre-se de circular um número) Marque tudo o que você faz:  54. Quando tenho dor de cabeça, eu tento imaginar algo realmente divertido ou excitante acontecendo.
<b>Coping de desengajamento</b>	1. Evitação (Itens 1, 15, 27)	1. Eu tento não sentir absolutamente nada. 15. Eu tento não pensar em dor de cabeça; esquecê-la por completo. 27. Eu tento ficar longe das pessoas e coisas que me chateiam ou que me fazem lembrar das dores de cabeça.
	2. Negação (Itens 9, 41, 56)	9. Quando estou com outras pessoas, ajo como se estivesse bem. 41. Quando estou com dor de cabeça, eu costumo pensar "isto não é real". 56. Eu tento acreditar que nada aconteceu.
	3. Pensamento fantasioso (Itens 5, 11, 23)	5. Eu gostaria de ser mais forte e menos sensível. Desta forma, tudo seria diferente. 11. Eu lido com dores de cabeça desejando que elas parem e que tudo se resolvesse por si só. 23. Eu gostaria que alguém fosse capaz de fazer com que minha cabeça melhorasse.
<b>Engajamento involuntário</b>	1. Ruminação (Itens 31, 40, 51)	31. Quando tenho dores de cabeça não paro de pensar em como estou me sentindo. 40. Depois que a dor de cabeça passa, não consigo parar de pensar em como me senti. 51. Quando estou com dor de cabeça, eu <b>não paro</b> de pensar no porquê tenho essas dores.
	2. Pensamentos intrusivos (Itens 6, 18, 25)	6. Sempre penso em como seria se eu não tivesse dor de cabeça ou não paro de pensar em quando terei uma novamente. 18. Quando estou com dor de cabeça, <b>não consigo</b> parar de pensar nela ao tentar dormir, ou tenho pesadelos sobre dores de cabeça. 25. Pensamentos relacionados às dores de cabeça simplesmente surgem na minha cabeça.

Tabela F37. (continuação) *Cinco Fatores (dimensões/domínios), as categorias de coping e seus respectivos itens do RSQ-H*

Dimensões (domínios)	Categorias de coping (EE)	Perguntas no questionário
	3. Excitação fisiológica (Itens 2, 12, 26)	2. Pensar sobre dores de cabeça ataca o meu estômago e faz com que eu tenha dor de cabeça. 12. Fico muito agitado (a) quando estou com dores de cabeça. 26. Quando eu tenho dores de cabeça, sinto mudanças em outras partes do corpo. (lembre-se de circular um número) Marque tudo o que acontece:
	4. Excitação emocional (Itens 37, 44, 53)	37. Quando estou com dor de cabeça eu, imediatamente, sinto: (lembre-se de circular um número) Marque tudo o que você sente:  44. Quando estou com dor de cabeça, eu me chateio por coisas que geralmente não me deixariam chateado (a). 53. Minha cabeça fica a mil quando eu tenho dor de cabeça.
	5. Ação involuntária (Itens 33, 47, 57)	33. Geralmente, quando estou com dor de cabeça, não consigo controlar o que faço. (lembre-se de circular um número) Marque tudo o que acontece:  47. Algumas vezes, quando estou com dor de cabeça, eu ajo sem pensar. 57. Algumas vezes, quando estou com dor de cabeça, <b>não consigo</b> controlar o que falo ou faço.
<b>Desengajamento involuntário</b>	1. Entorpecimento emocional (Itens 4, 16, 28)	4. Quando estou com dor de cabeça, não sinto nenhuma emoção. É como se eu não tivesse sentimentos. 16. Quando estou com dores de cabeça, não consigo identificar minhas emoções. 28. Eu não me sinto eu mesmo(a) quando estou com dor de cabeça; é como se eu estivesse distante de tudo.
	2. Interferência cognitiva (Itens 35, 38, 55)	35. Eu não consigo pensar em nada quando estou com dor de cabeça; “dá um branco”. 38. É muito difícil me concentrar ou prestar atenção a algo quando estou com dor de cabeça. 55. Quando eu tenho uma dor de cabeça muito ruim, eu me sinto tão chateado (a) que não consigo lembrar o que aconteceu ou o que eu fiz.
	3. Paralisação (Itens 42, 46, 49)	42. Quando estou com dor de cabeça, eu costumo dormir muito ou fico simplesmente deitado (a), sem fazer nada. 46. Eu simplesmente fico sem ação quando estou com dor de cabeça; <b>não consigo</b> fazer absolutamente nada. 49. Quando estou com dor de cabeça, eu não consigo fazer as coisas que eu deveria.
	4. Fuga (Itens 10, 14, 22)	10. Eu <b>preciso</b> me distanciar de todos quando estou com dores de cabeça; não consigo me controlar.

Tabela F37. (continuação) *Cinco Fatores (dimensões/domínios), as categorias de coping e seus respectivos itens do RSQ-H*

Dimensões (domínios)	Categorias de coping (EE)	Perguntas no questionário
		14. Quando estou com dor de cabeça, <b>não consigo</b> ficar perto de nada que me faça lembrar o quão doente eu me sinto. 22. Eu não consigo encarar o fato de que eu tenho dor de cabeça.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).



## APÊNDICE G

### Processo de Validação Linguística do RSQ-H

Aleatoriamente, 16 adolescentes (de 14 a 18 anos) foram convidados para preencher o RSQ-H, sendo que foi esclarecido a eles que o objetivo era avaliar a compreensão linguística do instrumento e foi pedido que expressassem as dificuldades que tivessem durante o preenchimento. Buscou-se deixar bem claro o motivo do preenchimento do instrumento, que não era para avaliar nada em relação a eles, mas sim para avaliar a clareza da linguagem utilizada, ou seja, o nível de dificuldade para compreender os itens e as instruções do questionário.

A tabela x apresenta os coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) para medir a confiabilidade da escala RSQ-H. Verificou-se alta consistência interna ( $\alpha > 0.70$ ) para os domínios: *Coping* de Desengajamento, Evitação, Engajamento Involuntário, Excitação Emocional, Desengajamento Involuntário e Fuga. Estes resultados devem ser vistos com moderação devido ao tamanho reduzido da amostra atual.

Tabela G38. *Análise de consistência interna da escala RSQ-H (n=16)*

Domínios	Nº de Itens	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente $\alpha$ (após retirada)**
<b>Engajamento de controle primário</b>	9	0.690	B24 B45	-0.029 0.096	<b>0.737</b> <b>0.772</b>
Resolução de problemas	3	0.627	---	---	---
Regulação emocional	3	0.623	---	---	---
Expressão emocional	3	0.656	---	---	---
<b>Engajamento de controle secundário</b>	12	0.472	B52 B36 B8 B50	-0.296 -0.064 -0.098 0.029	0.573 0.619 0.675 <b>0.713</b>
Aceitação	3	0.242	B8	0.028	0.393
Distração	3	0.580	---	---	---
Reestruturação cognitiva	3	0.557	B36	0.186	<b>0.717</b>
Pensamento positivo	3	0.053	B52	-0.087	0.320
Domínios	Nº de Itens	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente $\alpha$ (após retirada)**
<b>Coping de desengajamento</b>	9	<b>0.761</b>	B56	0.106	<b>0.788</b>
Negação	3	0.014	B9	-0.102	0.292
Evitação	3	<b>0.836</b>	---	---	---
Pensamento fantasioso	3	0.402	B11	0.150	0.470
<b>Engajamento involuntário</b>	15	<b>0.868</b>	B12	0.042	<b>0.882</b>
Ruminação	3	0.617	B40	0.123	<b>0.897</b>
Pensamentos intrusivos	3	0.625	B25	0.125	<b>0.908</b>
Excitação emocional	3	<b>0.783</b>	---	---	---
Excitação fisiológica	3	0.526	B12	0.100	<b>0.774</b>
Ação impulsiva	3	0.578	B33	0.271	0.644
<b>Desengajamento involuntário</b>	12	<b>0.809</b>	B55	0.099	<b>0.826</b>
Entorpecimento emocional	3	0.415	B4	-0.040	<b>0.785</b>

Tabela G38.(continuação) *Análise de consistência interna da escala RSQ-H (n=16)*

Domínios	No de Itens	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente $\alpha$ (após retirada)**
Paralisação	3	0.311	B42	0.029	0.512
Fuga	3	<b>0.773</b>	---	---	---
Interferência cognitiva	3	0.380	B38	0.116	0.486

\* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

\*\* Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

## APÊNDICE H

### Análise de Consistência Interna do RSQ-H

A Tabela 39 apresenta os coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) para medir a confiabilidade da escala RSQ. Verificou-se alta consistência interna ( $\alpha > 0.70$ ) para os domínios: Engajamento de Controle Primário, Engajamento de Controle Secundário, Coping de Desengajamento, Engajamento Involuntário, Ação Impulsiva e Desengajamento Involuntário.

Tabela H39. Análise de consistência interna da escala RSQ-H (N = 54)

Domínios	Nº de Itens	Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente $\alpha$ (após retirada)**
<b>Engajamento de controle primário</b>	9	<b>0.798</b>	---	---	---
Resolução de problemas	3	0.563	---	---	---
Regulação emocional	3	0.509	---	---	---
Expressão emocional	3	0.568	---	---	---
<b>Engajamento de controle secundário</b>	12	<b>0.801</b>	---	---	---
Aceitação	3	0.216	B8	0.036	0.329
Distração	3	0.604	---	---	---
Reestruturação cognitiva	3	0.634	---	---	---
Pensamento positivo	3	0.577	B52	0.188	<b>0.752</b>
<b>Coping de desengajamento</b>	9	<b>0.722</b>	---	---	---
Negação	3	0.580	B9	0.229	<b>0.704</b>
Evitação	3	0.382	B27	0.096	0.523
Pensamento fantasioso	3	0.475	---	---	---
<b>Engajamento involuntário</b>	15	<b>0.868</b>	---	---	---
Ruminação	3	0.463	B31	0.221	0.475
Pensamentos intrusivos	3	0.622	B25	0.343	0.643
Excitação emocional	3	0.610	---	---	---
Excitação fisiológica	3	0.393	---	---	---
Ação impulsiva	3	<b>0.863</b>	---	---	---
<b>Desengajamento involuntário</b>	12	<b>0.831</b>	---	---	---
Entorpecimento emocional	3	0.295	B4	0.088	0.373
Paralisação	3	0.600	B42	0.288	0.668
Fuga	3	0.560	---	---	---
Interferência cognitiva	3	0.578	---	---	---

\* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

\*\* Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

## APÊNDICE I

### Domínios de subescalas da QLH-Y

Tabela I40. Domínios da qualidade de vida, subescalas e respectivos itens

DOMÍNIOS	SUBESCALAS	ITENS NO QUESTIONÁRIO
A. Funcionamento psicológico	1. Stress (2, 3, 5, 8, 12, 15, 16)	2. Nervoso 3. Apavorado 5. Tenso 8. Preocupado 12. Ansioso 15. Incerto 16. Desesperado
	2. Harmonia (7, 10, 13, 14, 20)	7. Tranquilo 10. Bem 13. Satisfeito 14. Feliz 20. Relaxado
	3. Fadiga (1, 4, 6, 11)	1. Esgotado 4. Cansado 6. No final da minha força 11. Desgastado
	4. Força/vitalidade (17, 18, 19)	17. Cheio de energia 18. Ativo 19. Forte
	5. Depressão (9, 32, 33, 34, 36, 41,43)	9. Insignificante 32. Eu não dormi bem. 33. Eu não senti vontade de fazer nada. 34. Eu me senti depressivo. 36. Eu não me senti bem. 41. Eu pensei que jamais serei alguém no futuro porque eu não sou bom em nada. 43. Eu tive a sensação de eu não me adapto quanto os jovens da minha idade estão ocupados com algo de bom.
	6. Bom humor (35, 37, 40, 44)	35. Quando eu acordei, eu pensei sobre coisas boas a vir. 37. Eu pensei que tenho uma boa vida. 40. Eu me senti alegre. 44. Geralmente, eu estava de bom humor.
	7. Otimismo com o futuro (38, 39, 42)	38. Eu pensei que no futuro eu teria uma boa casa e um bom emprego e seria capaz de conseguir dinheiro suficiente. 39. Eu pensei que tudo vai ficar bem. 42. Eu pensei que eu iria ser feliz no futuro.

Tabela I40. (continuação) *Domínios da qualidade de vida, subescalas e respectivos itens*

DOMÍNIOS	SUBESCALAS	ITENS NO QUESTIONÁRIO
B. Estado funcional	8. Impacto da cefaleia nas atividades diárias (56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64)	56. Meu trabalho. 58. Minha relação com meus pais, ou irmãos ou irmãs. 59. Minha relação com meus amigos. 60. Meu sono ou meus horários para dormir. 61. Meu apetite. 62. Minha habilidade em ler. 63. Memorizar alguma coisa que eu tenha lido. 64. Pensar sobre as coisas.
	9. Impacto da cefaleia nas atividades de lazer (55, 57, 65, 66, 67, 68)	55. Meu passatempo. 57. Meus passeios. 65. Escutar música. 66. Andar de bicicleta. 67. Fazer atividades esportivas. 68. Assistir televisão.
C. Funcionamento físico	10. Sintomas somáticos (45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54)	45. Dor de barriga. 46. Dificuldade para dormir. 47. Me sentir cansado. 48. Sentir que eu ia ficar doente (enjoados). 49. Tensão muscular. 50. Sentir que meu coração estava batendo muito rápido. 51. Dor nos olhos ao ler. 52. Sentir tontura. 53. Dores de cabeça. 54. Me sentir fraco.
D. Funcionamento social	11. Funcionamento em casa e na escola (21, 22, 23, 29, 30, 31)	21. Participei de atividade na minha casa em que todos puderam participar. 22. Eu me dei bem com (um dos) meus pais. 23. Eu poderia falar com (um dos) meus pais sobre coisas pessoais ou problemas. 29. Meus resultados escolares ou resultados no trabalho foram bons. 30. Eu resolvi meu dever (de casa) a tempo. 31. Eu me diverti na escola ou no trabalho.
	12. Interação social com irmãos e irmãs (24, 25)	24. Eu me dei bem com (um dos) meus irmãos ou irmãs. 25. Eu poderia falar com (um dos) meus irmãos.
	13. Interação social com jovens (26, 27, 28)	26. Eu me diverti com jovens da minha idade. 27. Eu poderia falar com um amigo sobre coisas pessoais ou problemas. 28. Eu fiz algumas atividades com jovens da minha idade, como esportes, ir ao cinema, sair etc.
E. Satisfação com a vida em geral	14. Escala visual analógica: Satisfação com a vida em geral	
F. Satisfação com a saúde em geral	15. Escala visual analógica: Satisfação com a saúde em geral	

*Fonte:* Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

## APÊNDICE J

### Análise de Consistência Interna do Questionário de Qualidade de Vida

A tabela 40 apresenta os coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) para medir a confiabilidade do questionário de Qualidade de Vida QLH-Y. Verificou-se alta consistência interna para a maioria dos domínios e subescalas e para a escala no total.

Tabela J41. *Análise de consistência interna do questionário de qualidade de vida (QLHY) (N = 54)*

Domínio/Subescala	Nº de Itens	Coeficiente $\alpha$ de Cronbach	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coeficiente $\alpha$ (após retirada)**
Funcionamento psicológico	33	<b>0.831</b>	Q32	-0.007	<b>0.837</b>
Estado funcional	14	<b>0.853</b>	---	---	---
Funcionamento físico	10	<b>0.806</b>	---	---	---
Funcionamento social	11	<b>0.758</b>	---	---	---
Formulário todo	68	<b>0.871</b>	Q27 Q20	-0.194 -0.051	<b>0.876</b> <b>0.879</b>
Estresse	7	<b>0.854</b>	---	---	---
Harmonia	5	<b>0.788</b>	---	---	---
Fadiga	4	<b>0.726</b>	---	---	---
Força/vitalidade	3	<b>0.889</b>	---	---	---
Depressão	7	<b>0.755</b>	---	---	---
Bom humor	4	0.641	---	---	---
Otimismo com o futuro	3	0.652	---	---	---
Impacto nas atividades diárias	8	<b>0.797</b>	---	---	---
Impacto nas atividades de lazer	6	<b>0.795</b>	---	---	---
Sintomas somáticos	10	<b>0.806</b>	---	---	---
Funcionamento em casa/escola	6	<b>0.703</b>	---	---	---
Interação social com irmãos	2	<b>0.896</b>	---	---	---
Interação social com jovens	3	0.645	---	---	---

\* Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

\*\* Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

## APÊNDICE K

### CARTA DE APROVAÇÃO DE PESQUISA - DIRETORA DA ESCOLA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CARTA DE APROVAÇÃO DE PESQUISA – DIRETORA DA ESCOLA

Sorocaba, SP, 06 de junho de 2014.

À Diretora da Escola Estadual Professor Genésio Machado  
Rua Miguel Sutil, 527- Vila Santana- Sorocaba -SP

Ilma. Sr<sup>a</sup>. Arlete Fernandes Vellozo,

O projeto de tese de Doutorado intitulado “*Queixa de dor de cabeça em adolescentes: Estressores, enfrentamento e qualidade de vida*” pretende descrever e analisar os eventos estressores e o enfrentamento da dor de cabeça em adolescentes de 14 a 18 anos, em suas relações com a qualidade de vida desses jovens, de forma a obter dados que favoreçam a elaboração de intervenções mais eficazes para essa população.

Os resultados contribuirão para a compreensão das variáveis que influenciam o processo de desenvolvimento do adolescente, seja para favorecer a ocorrência de problemas de comportamento ou a manutenção de processos normativos de desenvolvimento.

Os alunos receberão um folheto informativo sobre os temas abordados no estudo e a instituição receberá um relatório com dados gerais obtidos pela pesquisa, respeitando o caráter confidencial da avaliação do aluno.

A pesquisa será realizada em duas etapas, iniciando-se após a assinatura do termo de consentimento para participação em pesquisa pelos alunos selecionados e seus responsáveis. Em cada etapa, os alunos responderão a questionários ou escalas específicas, que poderão ser aplicados em pequenos grupos ou individualmente, durando em torno de uma hora.

Inicialmente, os alunos responderão um questionário de queixas de dor de cabeça, os critérios de classificação econômica e uma ficha de identificação. Na

Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Campus II - Av. John Boyd Dunlop, s/n, Jardim Ipaussurama, - CEP 13060-904 - Campinas, SP  
Tel.: (19) 3343-6892 site: [www.puc-campinas.edu.br](http://www.puc-campinas.edu.br)

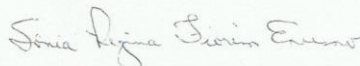
segunda etapa, os estudantes preencherão um questionário identificando os estressores da adolescência, a qualidade de vida e um diário de manejo de dor de cabeça.

Por fim, responderão um questionário sobre estratégias de enfrentamento da dor de cabeça. Ficaremos gratos em caso de anuência para a realização da pesquisa na referida instituição.

Atenciosamente,

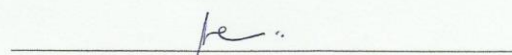


Ms. Viviani Mascella  
(Pesquisadora)



Prof. Dr. Sônia Regina Fiorim Enumo  
(Orientadora)

Eu Arlete Fernandes Vellozo, na figura de representante da referida instituição, **aprovo** a realização da pesquisa nas instalações e a participação dos alunos, ficando a participação a critério dos mesmos e de seus responsáveis estabelecida via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa.

  
Professora Arlete Fernandes Vellozo  
Diretora da Escola Estadual Professor Genésio Machado



## APÊNDICE L

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participante

#### I. Dados de Identificação do Participante

Nome: ..... Idade: .....

RG ..... Data de nascimento:.....

Nome do Pai: .....

Nome da Mãe: .....

#### II. Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: *Queixa de dor de cabeça em adolescentes: Estressores, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida.*

Pesquisadores responsável: Vivian Mascella

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo

#### III. Informações

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Assinando este termo de consentimento estará declarando que está ciente de que:

1. O objetivo do estudo será descrever e analisar os eventos estressores e as estratégias de enfrentamento da dor de cabeça em adolescentes e suas relações com a qualidade de vida.

2. Você será chamado para participar da pesquisa em três etapas. Cada uma dessas etapas corresponde a momentos de avaliação, onde você estará respondendo a questionários com o auxílio da pesquisadora responsável. A aplicação destes questionários poderá ser realizada em pequenos grupos e terá no máximo uma hora de duração, em cada uma dessas etapas. Todas as etapas da pesquisa serão realizadas na escola.

3. Os procedimentos e instrumentos de avaliação utilizados seguem as normas éticas e não oferecem riscos previsíveis. Participando do processo, você terá o benefício direto de receber os resultados obtidos nas avaliações, juntamente com orientações.

4. O sigilo quanto à identificação será mantido. Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e os resultados serão descritos, de forma geral e não individual, na tese de doutorado da aluna Vivian Mascella, como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Psicologia do Curso de Pós-Graduação da PUC-Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo.

5. Sua participação será voluntária. Você está livre para interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo a você. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, nem receberá qualquer pagamento. Se desejar, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, no telefone (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rod. Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas-SP, CEP: 13086-900, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h00 as 17h00.**

8. Sua participação só será aceita com o consentimento de seus pais ou responsáveis.

9. Este termo é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e outra com a pesquisadora.

#### IV. Consentimento pós-esclarecido

Tendo em vista todas as informações apresentadas e lidas atentamente por mim, eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, livre

e de forma esclarecida, concordo em participar da pesquisa descrita.

Assinatura do Participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vivian Mascella/Pesquisadora

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável

### I. Dados de Identificação do Participante e dos Responsáveis

Participante: ..... Idade: .....  
Nome do Pai: .....RG .....  
Nome da Mãe: .....RG .....  
Telefone: ..... Cel.: .....

### II. Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: *Queixa de dor de cabeça em adolescentes: Estressores, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida.*

Pesquisadores responsável: Vivian Mascella

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo

### III. Informações

Seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Assinando este termo de consentimento você estará declarando que está ciente de que:

1. O objetivo do estudo será descrever e analisar os eventos estressores e as estratégias de enfrentamento da dor de cabeça em adolescentes e suas relações com a qualidade de vida.
2. Seu filho (a) será chamado para participar em três etapas da pesquisa. Cada uma destas etapas corresponde a momentos de avaliação, onde seu filho (a) estará respondendo a questionários. A aplicação destes questionários poderá ser realizada em pequenos grupos e terá no máximo uma hora de duração, em cada uma dessas etapas. Todas as etapas da pesquisa serão realizadas na escola.
3. Os procedimentos e instrumentos de avaliação utilizados seguem as normas éticas e não oferecem riscos previsíveis de qualquer natureza. Participando do processo, seu filho (a) terá o benefício direto de receber os resultados obtidos nas avaliações, juntamente com orientações.
4. O sigilo quanto à identificação do seu filho (a) será mantido. Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e os resultados serão descritos, de forma geral e não individual, na tese de doutorado da aluna Vivian Mascella, como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Psicologia do Curso de Pós-Graduação da PUC-Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo.
5. A participação será voluntária. Seu filho (a) pode interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo para ele. O participante não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, nem receberá qualquer pagamento. Se desejar, poderá entrar em contato **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, no telefone (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rod. Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas-SP, CEP: 13086-900, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h00 as 17h00.**
6. A participação de seu filho (a) só será aceita com o consentimento dos pais ou responsáveis.
7. Este termo é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e outra com a pesquisadora.

### IV. Consentimento pós-esclarecido

Tendo em vista todas as informações apresentadas e lidas atentamente por mim, eu \_\_\_\_\_ dou meu consentimento livre e esclarecido para meu filho (a) participar como voluntário da pesquisa descrita.

Assinatura do Responsável

Vivian Mascella/Pesquisadora

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE M

### FOLHETO ENTREGUE AOS ALUNOS

#### O que é adolescência?



A adolescência é um período do desenvolvimento em que ocorrem mudanças físicas, emocionais, comportamentais e sociais. Estas mudanças tornam o adolescente mais vulnerável ao estresse e suas consequências.

Nesse período, o adolescente começa a se tornar independente dos pais e a dar mais importância aos colegas e amigos. Surgem novas situações com as quais ele ainda não sabe bem como lidar, o que pode ameaçar seu bem-estar.

#### Mas, o que é estresse?

O estresse é uma reação física e psicológica do organismo, ativada quando temos que lidar com um estressor que está ameaçando nosso estado físico e/ou psicológico.

Estressores, por sua vez, são os eventos e/ou pensamentos (ideias) capazes de ativar a reação de estresse. Podem ser eventos positivos, como a expectativa de uma grande festa, ou negativos, como se sair mal na prova; ou seja, é algo que necessita uma adaptação, ou mudança da pessoa.

física (praticar esportes, dançar, por exemplo). Incentive-o!

4. Fique atento em quais momentos ou lugares seu filho(a) tem mais dor de cabeça (na escola, nas relações com os amigos ou com familiares, quando se sente pressionado por algo, em situações novas, por exemplo). Incentive-o a praticar em casa algum tipo de relaxamento e a lidar com a dor, como, por exemplo, se distraíndo.
5. Tente fazer com seu filho(a) um diário de dor de cabeça, e anotar possíveis desencadeadores para cada crise de dor de cabeça. Leve esse diário quando for se consultar com o médico.
6. **Abaixo estão alguns desencadeadores da dor de cabeça:**
  - Alguns tipos de comidas: chocolate, leite e derivados (queijos, iogurtes), comidas enlatadas ou com corantes, frutas cítricas, aspartame (adoçante), álcool e embutidos (como por exemplo, salsicha, linguiça, salame);
  - Cheiros fortes: perfume, sabonete, xampus, produtos de limpeza, amaciante de roupas e cigarro;
  - Outros: luz forte, muito sol, barulho, cansaço físico, pular refeições ou não ter horário certo para comer, ficar

Entre os principais sintomas do estresse na adolescência, estão as queixas de dor de cabeça. A dor pode ser um risco para o desenvolvimento de quadros de depressão, ansiedade, irritação, por exemplo. Pode levar a faltas escolares e a dificuldades com a família e com os amigos, prejudicando a qualidade de vida.

#### Para controlar o estresse, algumas dicas são importantes:

1. Procure ter uma alimentação saudável: consuma muitas frutas, legumes e verduras. Evite frituras, alimentos gordurosos e com condimentos;
2. Pratique atividade física sempre que puder. Faça uma avaliação com um médico e encontre o tipo de atividade que te dá mais satisfação em realizar;
3. Existem várias técnicas de relaxamento, como fazer uma respiração profunda, relaxamento muscular, meditação, yoga etc. Escolha e pratique; e
4. Identifique as situações que te causam estresse. Nós mesmos costumamos gerar estresse através de nossos pensamentos. Analise a forma como você está lidando com esses estressores. É possível mudá-

los? De que forma? Caso necessário, procure um psicólogo para te ajudar a manejar o estresse.



#### Dicas úteis para os pais:

1. Sempre procure um médico para ter um diagnóstico e fazer o tratamento adequado da dor de cabeça. A automedicação pode disfarçar o problema e prejudicar o tratamento.
2. Mostre seu interesse pelo seu filho(a). Pergunte a ele(a), por exemplo, como foi o dia dele(a), se teve algo diferente na escola. Não torne a queixa de dor de cabeça o único motivo para conversar com o seu filho(a)!
3. É muito importante para o desenvolvimento saudável, tanto emocional, quanto social da criança e do adolescente se relacionar socialmente (sair com amigos, fazer passeios com a família, ter grupo de interesses específicos, como, por exemplo, música), praticar atividade

muito tempo sem tomar água, dormir mal, não ter hora certa para dormir, menstruação, estresse e ansiedade. Cuide-se!

#### Referências

- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay.
- Jalles, L.C.F. (2007). Orientação para pais de crianças e adolescentes com cefaleia. In M.A. Arruda, & V. Guidetti (Eds.), *Cefaleias na infância e adolescência*. Ribeirão Preto: Instituto Gila.
- Lipp, M.E.N. (2001). Manejo de estresse. In B. Rangé (Org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas* (pp.279-292). Campinas: Editora Livro Pleno.
- Lipp, M.E.N. (2010). O stress da criança e suas consequências (pp. 13-37). In *Crianças estressadas: Causas, sintomas e soluções*. Papirus: Campinas.
- Sites: <http://www.sbce.med.br/>  
Clip-art do Office.com (imagens isentas de royalties)

#### Pesquisadora Responsável:

Vivian Mascella  
(Mestre e doutoranda em Psicologia)

#### Orientadora:

Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo  
**Como citar este folheto:**

Mascella, V., & Enumo, S. R. F. (2014). *Dor de cabeça na adolescência: como lidar?* Campinas, SP: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Folheto. 3 pp.

#### Apoio:



#### DOR DE CABEÇA NA ADOLESCÊNCIA: COMO LIDAR?



## APÊNDICE N

### Tabelas completas do Resultados Gerais

Tabela N42. *Eventos indicados como mais frequentes por adolescentes com queixas de dor de cabeça na Adolescent Perceived Events Scale (APES) (N = 54)*

Classificação (Item na escala)	Eventos da APES (escolha ≥ 50%)	Ocorrência <i>n</i> (%)
1 (12)	Ir para a escola.	54 (100)
2 (1)	Hobbies ou atividades como: assistir à TV, ler, tocar um instrumento musical, etc.	52 (96,30)
3 (2)	Fazer atividade ou passar um tempo com pessoas da família.	52 (96,30)
4 (62)	Conversar no telefone.	49 (90,74)
5 (7)	Ajudar outras pessoas.	48 (88,89)
6 (27)	Conhecer pessoas novas.	48 (88,89)
7 (16)	Ir mal em uma prova ou trabalho escolar.	47 (87,04)
8 (26)	Ir na igreja.	47 (87,04)
9 (46)	Passar tempo sozinho.	47 (87,04)
10 (68)	Passar tempo em casa.	47 (87,04)
11 (17)	Conversar ou dividir os sentimentos com amigos.	46 (85,19)
12 (25)	Preocupações emocionais (depressivo, inseguro, oscilações de humor).	46 (85,19)
13 (31)	Ter boas notas e bons boletins na escola.	45 (83,33)
14 (64)	Estudar ou fazer lição de casa.	43 (79,63)
15 (45)	Obrigações em casa (atividades que você tem que fazer em casa).	42 (77,78)
16 (83)	Passar tempo (relaxando ou saindo) com amigos.	42 (77,78)
17 (4)	Namorar ou fazer outras atividades (ir ao cinema, ao shopping etc) com pessoas do outro sexo.	41 (75,93)
18 (24)	Ter aulas ou professores ruins.	41 (75,93)
19 (79)	Voltar para a escola depois das férias ou feriado prolongado.	41 (75,93)
20 (32)	Ter boas aulas e bons professores.	40 (74,07)
21 (42)	Ir a festas, bailes, shows etc.	40 (74,07)
22 (72)	Fazer tarefas domésticas.	40 (74,07)
23 (41)	Visitar parentes.	39 (72,22)
24 (58)	Não passar tempo suficiente com membros da família ou amigos.	39 (72,22)
25 (34)	Compreender as aulas ou o dever de casa.	38 (70,37)
26 (82)	Sair-se bem em uma prova ou trabalho escolar.	38 (70,37)
27 (23)	Ter notas ou boletins escolares ruins.	35 (64,81)
28 (71)	Sentimentos negativos ou preocupações com a própria saúde.	35 (64,81)
29 (5)	Sentir-se pressionado por amigos (amigos esperando que você faça certas coisas ou aja de uma maneira específica).	34 (62,96)
30 (8)	Brigar ou ter problemas com um amigo.	34 (62,96)
31 (37)	Mudança no relacionamento com amigos (estão afastados, estão mais unidos etc).	34 (62,96)

Tabela N42. (continuação) *Eventos indicados como mais frequentes por adolescentes com queixas de dor de cabeça na Adolescent Perceived Events Scale (APES) (N = 54)*

<b>Classificação (Item na escala)</b>	<b>Eventos da APES (escolha ≥ 50%)</b>	<b>Ocorrência n (%)</b>
32 (40)	Planos que não deram certo (uma viagem que não aconteceu ou algo que você estava esperando fazer e não ocorreu).	33 (61,11)
33 (70)	Sentimentos negativos ou preocupações com a própria aparência (imagem).	33 (61,11)
34 (73)	Algo bom acontecendo a um amigo.	33 (61,11)
35 (14)	Apaixonar-se ou começar um relacionamento com um namorado ou namorada.	32 (59,26)
36 (18)	Ficar perto de pessoas sem consideração (desrespeitosas) ou que te ofendem (pessoas rudes, agressivas).	32 (59,26)
37 (47)	Pessoas da família com problemas emocionais (estar muito triste, preocupado etc).	31 (57,41)
38 (36)	Mudança no relacionamento com as pessoas da família (estão mais distantes, estão mais unidos etc).	30 (55,56)
39 (38)	Pressões ou expectativas dos pais (seus pais querem que você faça algo ou se comporte de uma determinada maneira).	30 (55,56)
40 (63)	Discussões ou longas conversas com seus pais.	30 (55,56)
41 (86)	Estar apaixonado ou ter um relacionamento com um namorado ou namorada.	30 (55,56)
42 (87)	Não ter um namorado ou namorada.	29 (53,70)
43 (9)	Restrições em casa (ter que chegar em casa em um horário específico ou não ter permissão para fazer algo em casa que você gostaria).	28 (51,85)
44 (54)	Mudança no número de amigos (fazer novos amigos ou perder amigos).	28 (51,85)
45 (60)	Passar de ano na escola (começar uma nova série/ ano).	28 (51,85)

Nota: APES = Adolescent Perceived Events Scale (Grant & Compas, 1995).

Tabela N43. *Frequência das questões alternativas do RSQ-Headache e os tipos de domínios que correspondem as questões escolhidos por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)*

Questões	Alternativas	Respostas n (%)	Tipos de Categorias de Respostas ao estresse
7) Eu faço com que alguém ou alguma coisa saiba como me sinto. Marque todos aqueles com quem você falou.	Pais	<b>42 (77,78)</b>	<i>Coping</i> de Engajamento de controle primário (Expressão emocional)
	Amigo	36 (66,67)	
	Irmão/Irmã	17 (31,48)	
	Animal de estimação	14 (25,93)	
	Médico	14 (25,93)	
	Professor	10 (18,52)	
	Deus	33 (61,11)	
	Bicho de Pelúcia	3 (5,56)	
	Outro membro da família	16 (29,63)	
Nenhuma das respostas acima	9 (16,67)		
17) Quando estou com dor de cabeça, eu peço ajuda ou algumas ideias de como me sentir melhor. Marque todos aqueles com quem você falou.	Pais	<b>37 (68,52)</b>	<i>Coping</i> de Engajamento de controle primário (Resolução de Problemas)
	Amigo	25 (46,30)	
	Irmão/Irmã	8 (14,81)	
	Animal de estimação	9 (16,67)	
	Médico	11 (20,37)	
	Professor	5 (9,26)	
	Deus	23 (42,59)	
	Bicho de Pelúcia	2 (3,70)	
	Outro membro da família	15 (27,78)	
Nenhuma das respostas acima	11 (20,37)		
20) Eu ponho meus sentimentos para fora. Eu faço isso da seguinte forma.	Escrevendo no meu diário	6 (11,11)	<i>Coping</i> de Engajamento de controle primário (Expressão emocional)
	Reclamando	32 (59,26)	
	Ouvindo música	<b>37 (68,52)</b>	
	Fazendo exercícios	5 (9,26)	
	Chorando	28 (51,85)	
	Desenhando/Pintando	7 (12,96)	
	Sendo	1 (10)	
	Sarcástico/Fazendo brincadeiras		
	Esmurrando o travesseiro	11 (20,37)	
	Gritando	12 (22,22)	
	Nenhuma das respostas acima	4 (7,41)	
21) Eu busco ajuda das pessoas quando estou tentando descobrir como lidar com minhas emoções. Marque todos aqueles com quem você falou.	Pais	20 (37,04)	<i>Coping</i> de Engajamento de controle primário (Regulação emocional)
	Amigo	<b>25 (46,30)</b>	
	Irmão/Irmã	9 (16,67)	
	Animal de estimação	9 (16,67)	
	Médico	5 (9,26)	
	Professor	3 (5,56)	
	Deus	24 (44,44)	
	Bicho de Pelúcia	1 (1,85)	
	Nenhuma das respostas acima	17 (31,48)	
26) Quando eu tenho dores de cabeça, sinto mudanças em outras parte do corpo. Marque tudo o que acontece.	Meu coração dispara	18 (33,33)	<i>Coping</i> de Engajamento involuntário (Excitação fisiológica)
	Minha respiração acelera	16 (29,63)	
	Eu me sinto febril e suado(a)	16 (29,63)	
	Meus músculos se enrijecem	13 (24,03)	
	Nenhuma das respostas acima	<b>21 (38,89)</b>	
32) Eu recebo compaixão, compreensão e apoio de alguém. Marque todos aqueles de quem você recebe.	Pais	<b>29 (53,70)</b>	<i>Coping</i> de Engajamento de controle primário (Expressão
	Amigo	27 (50)	
	Irmão/Irmã	8 (14,81)	
	Médico	4 (7,41)	

Tabela N43. (continuação) *Frequência das questões alternativas do RSQ-Headache e os tipos de domínios que correspondem as questões escolhidos por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)*

Questões	Alternativas	Respostas n (%)	Tipos Categorias Respostas de ao estresse
	Professor	2 (3,70)	emocional)
	Nenhuma das respostas acima	16 (29,63)	
33) Geralmente, quando estou com dor de cabeça, não consigo controlar o que faço. Marque tudo o que acontece.	Não paro de comer	19 (35,19)	Engajamento involuntário (Ação involuntária - impulso)
	Não paro de falar	3 (5,56)	
	Ajo perigosamente	7 (12,96)	
	Preciso resolver/conferir tudo	10 (18,52)	
	Nenhuma das respostas acima	<b>26 (48,15)</b>	
37) Quando estou com dor de cabeça eu, imediatamente, sinto. Marque tudo o que você sente.	Raiva	34 (62,96)	Engajamento involuntário (Excitação emocional)
	Triste	<b>35 (64,81)</b>	
	Preocupado(a)/Ansioso(a)	24 (44,44)	
	Com medo	10 (18,52)	
	Nenhuma das respostas acima	5 (9,26)	
43) Tento esquecer a dor de cabeça realizando atividades. Marque tudo o que você faz.	Realizando exercícios	8 (14,81)	<i>Coping</i> de Engajamento de controle secundário (Distração)
	Visitando amigos	7 (12,96)	
	Assistindo televisão	14 (25,93)	
	Jogando videogame	5 (9,26)	
	Fazendo um hobby	10 (18,52)	
	Nenhuma das respostas acima	<b>28 (51,85)</b>	
45) Algumas atividades me acalmam quando estou com dor de cabeça. Marque tudo o que você faz.	Respiro profundamente	15 (27,78)	<i>Coping</i> de Engajamento de controle primário (Regulação emocional)
	Faço orações	20 (37,04)	
	Caminho	5 (9,26)	
	Ouço música	27 (50)	
	Descanso	<b>38 (70,37)</b>	
	Medito	7 (12,96)	
	Nenhuma das respostas acima	5 (9,26)	

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

Tabela N44. Respostas referentes às questões de números 3 e 24 do RSQ-H (N = 54)

Questões abertas do RSQ-headache	Q.3 Eu tento pensar em outras maneiras para amenizar a dor de cabeça ou fazê-la ir embora. Escreva uma das maneiras pensadas por você:	Q.24 Eu tento curar a minha dor de cabeça ou ajo para modificá-la. Escreva uma coisa que você já fez:
P. 1	Ficar quieta e permanecer no escuro.	Tomar remédio.
P. 2	Estar em um lugar calmo.	Deitar e relaxar.
P. 3	Orar e dormir.	Eu tomo banho, faço uma oração, tomo remédio e vou dormir.
P. 4	Eu coloco bolsa térmica gelada.	Colocar bolsa térmica gelada.
P. 5	Tento ficar totalmente "zen". Isso ajuda e faz com que eu fique com menos dor.	Ver o que me causa a dor e tento evitar, se eu descobrir o que esta causando.
P. 6	Saco de gelo para amenizar a dor.	Saco de gelo.
P. 7		Tomar remédio.
P. 8	Penso em tomar remédio.	Fazendo acupuntura.
P. 9	Penso em ficar deitada no escuro e no silêncio.	Durmo para ver se a dor passa.
P. 10	Sei lá.	Tomo remédio.
P. 11	Eu durmo para não senti-la.	Eu tomo remédio.
P. 12	Me distrair com os amigos.	Pensar que tudo vai dar certo.
P. 13	Ficar em silêncio até ela ir embora.	Ficando em silêncio.
P. 14	Eu penso se eu vou tomar aquele remédio a dor de cabeça vai passar.	Dormir, tomar remédio por conta própria.
P. 15	Remédio e dormir.	Tomar remédio.
P. 16	Preciso dormir.	Ouvir musica.
P. 17	Procuro dormir, para ver se quando eu acordar, a dor tenha passado.	Tento dormir.
P. 18	Não pensar na dor.	Dormir.
P. 19	Eu só ignoro.	Faço de conta que não sinto e ajo normalmente.
P. 20	O uso de remédios.	Tomar banho ou me deitar e esperar que passe em geral pode me ajudar.
P. 21	Tomando algum remédio que possa passar.	Tento pegar no sono.
P. 22	Tento ficar deitada no meu quarto.	Tomo remédio ou durmo.
P. 23	Procuro tomar um remédio e deitar.	Tomando remédio, deitando em um quarto escuro e em silêncio.
P. 24	Eu tenho que dormir.	Tomando remédio e dormindo.
P. 25	Dormir ameniza a dor.	Eu tomo remédio as vezes e tento dormir para ver se passa.
P. 26	Dormir, deitar, ficar em um ambiente escuro.	Tomando remédio, assistindo menos tv e não ouvindo músicas muito altas.
P. 27	Me distrair com coisas aleatórias, ficar quieta ou até mesmo dormir.	Remédio.
P. 28	Me distrair ou dormir.	Tomar remédio.
P. 29	Deitar-se e tentar dormir, sem medicação (sou alérgica a alguns remédios).	Dormir.
P. 30	Tomar banho, dormir e tomar remédio de criança.	Faço exercícios, tomo banho e durmo.
P. 31	Tento pensar que ela está sob controle.	Já dormi o dia todo quase e também evito de demonstrar muitas emoções.
P. 32	Banho e dormir.	Penso que tudo vai ficar bem.
P. 33	Eu penso em dormir.	Dormir, tomei remédio e tomo banho.
P. 34	Penso em tomar remédio, que só assim a dor passa.	Buscar médico.
P. 35	Procuro ir me deitar ou tomar remédio, penso que fazendo isso irá passar a dor.	Tomo remédios que ajudem.
P. 36	Eu penso que há dores piores, e com isso tento evitar a minha.	Tomar remédio, colocar coisas geladas na testa.
P. 37	Penso em tomar remédio.	Tomar remédio.



Tabela N44. (continuação) Respostas referentes às questões de números 3 e 24 do RSQ-H (N = 54)

Questões abertas do RSQ-headache	Q.3 Eu tento pensar em outras maneiras para amenizar a dor de cabeça ou fazê-la ir embora. Escreva uma das maneiras pensadas por você:	Q.24 Eu tento curar a minha dor de cabeça ou ajo para modificá-la. Escreva uma coisa que você já fez:
P. 38	Não pensar nada.	
P. 39	Tento me acalmar e penso em diminuir a dor.	Bebi água e deitei na cama com o silêncio de casa.
P. 40	Deitar no escuro, sem luz alguma, sem som algum.	Tomo remédio, fico sozinha no escuro.
P. 41	Nada vai dar certo.	Dormir.
P. 42	Tentar esquecer a dor me ocupando com outras coisas.	Tomar vários medicamentos e fazer tratamentos.
P. 43	Tento não fazer esforço porque isso só piora a dor na maioria das vezes.	Repouso e tomar remédios.
P. 44	Penso em tomar remédio.	Já fiz compressa de água quente.
P. 45	Descansar, dormir.	Busco dormir, descansar.
P. 46	Penso em achar o melhor remédio possível.	Fico deitada, ouvindo uma música que eu goste.
P. 47	Dormir, ou ficar quieta sem fazer nada. Penso que dormir diminua a minha dor de cabeça.	Dormindo ou ficando quieta.
P. 48	Tomar remédio.	Tomar remédio, tento esquecer também.
P. 49	Eu tento dormir.	Tomo a medicação corretamente.
P. 50	Eu acho que dormir ou deitar resolve.	Acho que quando vejo tv não penso na dor.
P. 51	Tento dormir para fazê-la ir embora.	Tomei chá e me deitei.
P. 52	Ficar com os olhos fechados funciona às vezes.	Fui para meu quarto e apaguei a luz (porque a luz me dá dor de cabeça).
P. 53	Tomar remédio ou ficar em um lugar bem tranquilo.	Ficar quieta e deitar até amenizar.
P. 54	Tomar remédios, dormir e comer.	Dormir, tomar remédios, ficar quieta.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

## APÊNDICE O

### Tabelas de comparação entre os gêneros

Tabela O45. Comparação de adolescentes do sexo feminino e masculino, quanto à idade, intensidade da dor e Estressores percebidos (N = 54)

Gêneros masculino	feminino e	Sexo feminino (n = 46)		Sexo masculino (n = 8)		Valor P*
		Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
Idade (anos)		15,54 (±1,22)	16,00 (14-18)	15,75 (±1,49)	15,50 (14-18)	0,707
Intensidade da dor (0 a 10)		5,39 (±2,14)	6,00 (2-10)	5,00 (±2,14)	6,00 (2-8)	0,722
APES						
Percepção de eventos ruins (variação = 1 a 9)		21,28 (± 9,89)	19,50 (5-50)	10,75 (± 5,99)	8,50 (5-21)	<b>0,004*</b>
Percepção de eventos bons (variação = 1 a 9)		21,33 (± 5,72)	21,00 (10-35)	15,88 (± 3,48)	16,00 (10-20)	<b>0,014*</b>
Percepção de eventos neutros (variação = 1 a 9)		3,59 (± 3,73)	2,50 (0-12)	3,63 (± 3,29)	2,50 (0-9)	0,825

Nota. \*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

Tabela O46. Comparação de adolescentes do sexo feminino e masculino e seu enfrentamento (N = 54)

Gêneros feminino e masculino	Sexo feminino (n = 46)		Sexo masculino (n = 8)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
<b>Escala de coping</b>					
Autoconfiança	9,02 (± 2,68)	9,00 (3-14)	9,50 (± 3,25)	10,00 (6-14)	0,723
Busca de suporte	7,80 (± 2,79)	8,00 (3-15)	5,75 (± 2,55)	6,00 (3-9)	0,066
Resolução de problemas	11,04 (± 2,20)	11,00 (6-15)	8,88 (± 3,80)	10,00 (4-14)	0,147
Busca de informação	10,54 (± 2,67)	11,00 (3-15)	8,88 (± 2,47)	9,00 (4-12)	0,073
Acomodação	4,28 (± 1,47)	4,00 (3-9)	5,75 (± 3,15)	5,00 (3-13)	0,121
Negociação	10,02 (± 2,18)	10,00 (6-15)	9,00 (± 2,33)	9,00 (6-13)	0,228
Delegação	4,74 (± 1,95)	4,00 (3-10)	6,25 (± 3,20)	5,50 (3-12)	0,184
Isolamento	9,78 (± 2,61)	10,00 (3-15)	8,63 (± 1,60)	8,50 (7-11)	0,130
Desamparo	7,54 (± 2,99)	7,00 (3-15)	7,00 (± 2,14)	6,50 (4-10)	0,769
Fuga	10,57 (± 2,42)	11,00 (4-15)	10,88 (± 2,23)	10,50 (8-14)	0,863
Submissão	7,41 (± 2,25)	7,50 (3-12)	7,88 (± 2,23)	8,00 (5-11)	0,580
Oposição	10,13 (± 3,02)	10,00 (3-15)	11,63 (± 2,77)	12,00 (8-15)	0,195
Coping adaptativo	52,61 (± 7,19)	52,50 (35-69)	48,00 (± 10,25)	50,00 (31-62)	0,283
Coping mal adaptativo	49,89 (± 8,84)	50,00 (32-67)	51,88 (± 7,77)	53,00 (39-61)	0,518
Coping total	102,50 (± 11,30)	102,00 (76-128)	99,88 (± 11,93)	99,50 (76-113)	0,826

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: Escala de Enfrentamento (Lees, 2007).

Tabela O47. Comparação entre adolescentes do sexo feminino e masculino e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Gêneros masculino	feminino	e		Sexo		Valor P*
		Sexo feminino (n = 46)	Sexo masculino (n = 8)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
<b>(RSQ-H)</b>						
	EEstresseores	2,50 (± 0,57)	2,40 (1,58-4)	2,15 (± 0,62)	2,12 (1,33-3,08)	0,150
	<b>Coping de engajamento de controle primário</b>	21,15 (± 5,06)	21,00 (13-35)	18,25 (± 4,10)	17,00 (13-25)	0,118
	Resolução de Problemas	7,98 (± 1,90)	8,00 (5-12)	7,13 (± 1,55)	7,00 (5-10)	0,227
	Regulação emocional	6,59 (± 1,97)	6,50 (3-12)	5,63 (± 1,51)	5,50 (3-8)	0,190
	Expressão emocional	6,59 (± 2,10)	6,50 (3-12)	5,50 (± 1,69)	6,00 (3-8)	0,196
	<b>Coping de engajamento de controle secundário</b>	23,28 (± 6,05)	24,00 (15-39)	21,13 (± 5,28)	21,50 (13-29)	0,347
	Pensamento Positivo	6,11 (± 2,17)	6,00 (3-11)	5,38 (± 1,77)	5,50 (3-8)	0,410
	Reestruturação cognitiva	5,48 (± 2,08)	5,00 (3-12)	5,00 (± 1,51)	4,50 (3-7)	0,674
	Aceitação	5,59 (± 1,50)	6,00 (3-9)	5,00 (± 1,20)	5,50 (3-6)	0,387
	Distração	6,11 (± 2,04)	6,00 (3-12)	5,75 (± 2,12)	5,50 (3-9)	0,666
	<b>Coping de desengajamento</b>	22,02 (± 4,55)	21,00 (13-34)	20,13 (± 5,57)	19,50 (11-29)	0,334
	Evitação	7,61 (± 1,72)	7,00 (5-12)	7,75 (± 2,38)	8,00 (4-11)	0,804
	Negação	6,04 (± 1,91)	6,00 (3-12)	5,50 (± 1,51)	5,50 (4-8)	0,503
	Pensamentos fantasiosos	8,37 (± 2,12)	8,00 (3-12)	6,88 (± 2,70)	6,50 (3-12)	0,086
	<b>Engajamento involuntário</b>	31,24 (± 8,39)	29,50 (19-56)	24,50 (± 6,74)	23,50 (15-38)	<b>0,033*</b>
	Ruminação	6,46 (± 1,82)	6,00 (3-11)	4,63 (± 1,30)	4,50 (3-6)	<b>0,008*</b>
	Pensamentos intrusivos	5,65 (± 2,24)	5,00 (3-12)	5,00 (± 1,41)	5,00 (3-7)	0,577
	Excitação fisiológica	5,02 (± 1,67)	5,00 (3-11)	4,13 (±1,55)	3,50 (3-7)	0,106
	Excitação emocional	8,20 (± 2,18)	8,00 (4-12)	6,38 (± 2,00)	6,50 (3-10)	<b>0,035*</b>
	Ação involuntária (impulsiva)	5,91 (± 2,76)	5,00 (3-12)	4,38 (± 1,77)	4,00 (3-8)	0,133
	<b>Desengajamento involuntário</b>	28,37 (± 6,54)	27,00 (19-42)	23,25 (± 6,45)	24,50 (15-34)	0,097
	Entorpecimento emocional	6,04 (± 1,80)	6,00 (3-11)	4,75 (± 1,83)	4,00 (3-8)	0,051
	Interferência cognitiva	7,98 (± 1,93)	8,00 (4-12)	5,63 (± 2,00)	6,00 (3-9)	<b>0,005*</b>
	Paralisação	8,63 (± 2,07)	8,00 (5-12)	7,83 (± 1,69)	8,00 (5-10)	0,187
	Fuga	5,72 (± 2,05)	5,50 (3-10)	5,50 (± 2,00)	6,00 (3-8)	0,902
	<b>RSQ total</b>	126,07 (± 24,85)	124,00 (86-196)	107,25 (± 22,78)	103,00 (79-152)	<b>0,041*</b>

Nota.\*  $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

Tabela O48. Comparação de adolescentes do sexo feminino e masculino quanto à qualidade de vida (N = 54)

Gêneros masculino	feminino	Sexo feminino (n = 46)		Sexo masculino (n = 8)		Valor P*
		Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média	Mediana (Amplitude)	
<b>QV</b>						
<b>Funcionamento psicológico</b>						
		2,39 (± 0,37)	2,29 (1,79-3,30)	2,31 (± 0,24)	2,30 (1,97-2,64)	0,779
	Estresse	2,28 (± 0,68)	2,14 (1-4)	1,98 (± 0,45)	2,07 (1-2,43)	0,379
	Harmonia	2,38 (± 0,65)	2,60 (1-3,80)	2,63 (± 0,62)	2,70 (1,60-3,40)	0,315
	Fadiga	2,57 (± 0,66)	2,50 (1,50-3,75)	2,06 (± 0,58)	2,25 (1,25-2,75)	0,084
	Força vital	2,03 (± 0,79)	2,00 (1-4)	2,71 (± 0,90)	2,83 (1,33-4)	<b>0,044*</b>
	Depressão	2,18 (± 0,61)	2,07 (1-3,43)	1,71 (± 0,48)	1,64 (1-2,71)	<b>0,044*</b>
	Bom humor	2,56 (± 0,54)	2,50 (1,50-4)	2,97 (± 0,77)	3,00 (1,50-4)	0,081
	Otimismo futuro	3,06 (± 0,61)	3,00 (2-4)	2,96 (± 0,88)	3,00 (1,33-4)	0,951
<b>Estado funcional</b>						
		2,26 (± 0,58)	2,14 (1,21-3,86)	2,14 (± 0,72)	2,25 (1-3)	0,903
	Impacto ativ. Diária	2,27 (± 0,67)	2,25 (1-3,75)	2,14 (± 0,63)	2,31 (1-2,75)	0,826
	Impacto ativ. Lazer	2,25 (± 0,68)	2,17 (1-4)	2,15 (± 0,87)	2,17 (1-3,33)	0,807
<b>Funcionamento físico</b>						
		2,38 (± 0,57)	2,25 (1,50-3,60)	2,04 (± 0,64)	2,00 (1,10-3,20)	0,164
	Sintomas somáticos	2,38 (± 0,57)	2,25 (1,50-3,60)	2,04 (± 0,64)	2,00 (1,10-3,20)	0,164
<b>Funcionamento social</b>						
		2,54 (± 0,54)	2,50 (1,27-3,82)	2,59 (± 0,66)	2,68 (1,45-3,36)	0,696
	Funcionamento em casa e na escola	2,48 (± 0,56)	2,50 (1-4)	2,44 (± 0,72)	2,67 (1,17-3,17)	0,816
	Interação social com irmãos	2,49 (± 1,15)	2,50 (1-4)	2,50 (± 1,60)	2,50 (1-4)	0,921
	Interação social com jovens	2,70 (± 0,79)	2,83 (1-4)	2,96 (± 0,70)	3,00 (2-4)	0,468
	Satisfação vida	5,98 (± 2,15)	6,00 (1-9)	7,00 (± 2,62)	7,00 (3-10)	0,272
	Satisfação saúde	5,80 (± 2,16)	6,00 (1-10)	5,63 (± 2,77)	5,50 (1-9)	0,912

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

## APÊNDICE P

### Tabelas de comparações entre as frequência de dor

Tabela P49. *Análise comparativa da frequência de dor de cabeça por idade, intensidade da dor e percepção de Estressores por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)*

Frequência da dor de cabeça	Diária (n = 23)		2 a 3 vezes por semana (n = 16)		1 vez por semana (n = 15)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
Idade (anos)	15,70 (± 1,15)	16,00 (14-18)	15,44 (± 1,41)	15,00 (14-18)	15,53 (± 1,30)	15,00 (14-17)	0,778
Intensidade da dor (0 a 10)	5,91 (± 2,45)	6,00 (2-10)	5,13 (± 1,93)	6,00 (2-8)	4,67 (± 1,63)	4,00 (2-8)	0,170
APES							
Percepção de eventos ruins (variação = 1 a 9)	21,22 (± 8,61)	20,00 (7-47)	19,63 (± 12,67)	15,50 (5-50)	17,53 (± 9,43)	18,00 (5-38)	0,489
Percepção de eventos bons (variação = 1 a 9)	20,87 (± 6,34)	21,00 (10-31)	19,94 (± 5,71)	19,00 (14-35)	20,60 (± 5,21)	19,00 (13-28)	0,741
Percepção de eventos neutros (variação = 1 a 9)	3,35 (± 3,49)	3,00 (0-11)	4,38 (± 3,96)	3,50 (0-12)	3,13 (± 3,64)	2,00 (0-12)	0,722

Nota.\* $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: APES = Adolescent Perceived Events Scale (Grant & Compas, 1995).

Tabela P50. Comparação da frequência de dor de cabeça e estratégias de enfrentamento por adolescentes com queixa de dor de cabeça (n = 54)

Frequência da dor de cabeça	Diária (n = 23)		2 a 3 vezes por semana (n = 16)		1 vez por semana (n = 15)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
Escala de coping							
Autoconfiança	8,26 (± 3,09)	8,00 (3-14)	9,38 (± 2,39)	10,00 (5-13)	10,07 (± 2,25)	10,00 (6-14)	0,119
Busca de suporte	7,61 (± 3,03)	8,00 (3-15)	7,94 (± 2,69)	8,50 (3-13)	6,87 (± 2,75)	7,00 (3-12)	0,545
Resolução de problemas	11,04 (± 2,36)	11,00 (6-15)	10,69 (± 2,60)	12,00 (4-14)	10,27 (± 2,94)	10,00 (4-15)	0,753
Busca de informação	10,61 (± 2,76)	11,00 (3-15)	9,44 (± 2,66)	10,50 (4-12)	10,73 (± 2,58)	11,00 (5-14)	0,337
Acomodação	4,09 (± 1,44)	3,00 (3-8)	5,06 (± 1,25)	5,00 (3-9)	4,53 (± 2,47)	4,00 (3-13)	0,076
Negociação	9,87 (± 2,18)	10,00 (7-15)	10,00 (± 2,22)	10,00 (6-14)	9,73 (± 2,37)	10,00 (6-14)	0,959
Delegação	5,26 (± 2,65)	4,00 (3-12)	5,06 (± 1,95)	5,00 (3-9)	4,40 (± 1,68)	4,00 (3-8)	0,612
Isolamento	10,91 (± 2,23)	11,00 (7-15)	8,69 (± 2,15)	9,00 (4-12)	8,60 (± 2,47)	9,00 (3-13)	<b>0,006*</b>
Desamparo	8,43 (± 3,30)	8,00 (3-15)	5,81 (± 1,60)	5,50 (4-9)	7,73 (± 2,55)	7,00 (4-12)	<b>0,020*</b>
Fuga	11,39 (± 2,21)	12,00 (6-15)	10,00 (± 2,45)	10,50 (4-13)	10,07 (± 2,34)	10,00 (7-14)	0,098
Submissão	8,04 (± 2,06)	7,00 (5-12)	6,50 (± 1,93)	6,00 (3-9)	7,67 (± 2,55)	8,00 (3-12)	0,119
Oposição	10,52 (± 3,19)	10,00 (5-15)	10,88 (± 2,73)	11,00 (6-15)	9,53 (± 3,02)	10,00 (3-14)	0,496
Coping adaptativo	51,39 (± 6,69)	50,00 (41-69)	52,38 (± 9,48)	54,00 (31-62)	52,27 (± 7,86)	55,00 (37-65)	0,560
Coping adaptativo mal	54,39 (± 7,17)	53,00 (40-67)	46,81 (± 9,12)	45,50 (32-61)	47,33 (± 7,93)	48,00 (36-61)	<b>0,012*</b>
Coping total	105,78 (± 10,27)	104,00 (90-128)	99,19 (± 14,30)	97,00 (76-120)	99,60 (± 7,83)	98,00 (85-116)	0,170

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Kruskal-Wallis (não paramétrico).

Fonte: Escala de Enfrentamento (Lees, 2007).

Tabela P51. Comparação da frequência de dor de cabeça e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Frequência da dor de cabeça	Diária (n = 23)		2 a 3 vezes por semana (n = 16)		1 vez por semana (n = 15)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
(RSQ-H) (57 itens)							
EEstresseores (n = 12; variação = 1 a 4)	2,75 (±0,61)	2,77 (1,75-4)	2,25 (±0,48)	2,25 (1,38-3,33)	2,21 (± 0,46)	2,25 (1,33-3)	<b>0,015*</b>
<b>Coping de engajamento de controle primário</b> (n = 10; variação = 1 a 4)	21,74 (± 4,65)	21,00 (15-33)	19,31 (± 4,14)	19,50 (13-27)	20,67 (± 6,18)	19,00 (13-35)	0,362
Resolução de Problemas (n = 3)	8,39 (± 1,85)	9,00 (5-12)	7,38 (± 1,15)	7,00 (5-9)	7,53 (± 2,36)	7,00 (5-12)	0,163
Regulação emocional (n = 3)	6,83 (± 1,87)	7,00 (4-12)	5,75 (± 1,53)	6,00 (3-8)	6,60 (± 2,29)	6,00 (3-12)	0,271
Expressão emocional (n = 3)	6,52 (± 2,17)	7,00 (3-12)	6,19 (± 2,10)	6,00 (3-10)	6,53 (± 2,00)	6,00 (4-11)	0,895
<b>Coping de engajamento de controle secundário</b>	24,00 (± 6,66)	25,00 (15-39)	21,63 (± 5,30)	22,50 (13-33)	22,80 (± 5,51)	21,00 (15-35)	0,495
Pensamento Positivo	6,26 (± 2,58)	6,00 (3-11)	5,63 (± 1,75)	6,00 (3-9)	6,00 (± 1,73)	6,00 (3-8)	0,762
Reestruturação cognitiva	5,43 (± 2,31)	5,00 (3-12)	5,44 (± 1,55)	6,00 (3-8)	5,33 (± 2,06)	5,00 (3-11)	0,791
Aceitação	5,65 (± 1,61)	6,00 (3-9)	5,31 (± 1,45)	5,50 (3-8)	5,47 (± 1,30)	5,00 (4-8)	0,840
Distração	6,65 (± 2,33)	6,00 (3-12)	5,25 (± 1,61)	5,00 (3-8)	6,00 (± 1,73)	6,00 (3-9)	0,139
<b>Coping de desengajamento</b>	23,70 (± 4,45)	23,00 (17-34)	20,63 (± 4,90)	20,00 (11-29)	19,93 (± 3,97)	20,00 (13-28)	<b>0,028*</b>
Evitação	8,39 (± 1,90)	8,00 (5-12)	7,00 (± 1,71)	7,00 (4-11)	7,13 (± 1,36)	7,00 (6-10)	<b>0,033*</b>
Negação	6,52 (± 2,00)	6,00 (4-12)	5,75 (± 1,73)	6,00 (3-10)	5,33 (± 1,59)	5,00 (4-9)	0,114
Pensamentos fantasiosos	8,78 (± 2,02)	9,00 (6-12)	7,88 (± 2,36)	7,50 (3-12)	7,47 (± 2,36)	8,00 (3-11)	0,227
<b>Engajamento involuntário</b>	32,65 (± 9,30)	32,00 (19-56)	28,31 (± 8,27)	26,00 (15-43)	28,60 (± 6,73)	27,00 (20-41)	0,224
Ruminação	6,43 (± 1,80)	6,00 (3-11)	5,94 (± 2,21)	6,00 (3-10)	6,07 (± 1,62)	6,00 (3-10)	0,675
Pensamentos intrusivos	6,43 (± 2,61)	6,00 (3-12)	5,06 (± 1,69)	5,00 (3-8)	4,73 (± 1,16)	4,00 (3-7)	0,064
Excitação fisiológica	5,00 (± 1,83)	5,00 (3-11)	4,75 (± 1,65)	4,50 (3-8)	4,87 (± 1,51)	4,00 (3-8)	0,922
Excitação emocional	8,48 (± 2,33)	8,00 (5-12)	7,56 (± 2,31)	7,00 (3-12)	7,47 (± 1,92)	7,00 (4-11)	0,426
Ação involuntária (impulsiva)	6,30 (± 3,18)	5,00 (3-9)	5,00 (± 2,03)	5,00 (3-9)	5,47 (± 2,36)	5,00 (3-10)	0,518
<b>Desengajamento involuntário</b>	27,35 (± 7,37)	23,00 (15-42)	27,88 (± 5,80)	27,50 (19-39)	27,73 (± 7,03)	27,00 (15-40)	0,893
Entorpecimento emocional	5,78 (± 2,15)	5,00 (3-11)	5,50 (± 1,26)	6,00 (3-7)	6,33 (± 1,88)	6,00 (3-10)	0,414
Interferência cognitiva	7,74 (± 2,22)	7,00 (3-12)	7,69 (± 1,92)	7,50 (5-11)	7,40 (± 2,20)	7,00 (3-11)	0,854



Tabela P51. (continuação) *Comparação da frequência de dor de cabeça e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)*

Frequência da dor de cabeça	Diária (n = 23)		2 a 3 vezes por semana (n = 16)		1 vez por semana (n = 15)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
Paralisação	8,22 (± 2,09)	8,00 (5-12)	8,94 (±1,61)	9,00 (7-12)	8,27 (± 2,43)	8,00 (5-12)	0,429
Fuga	5,61 (± 2,19)	5,00 (3-10)	5,75 (±2,18)	6,00 (3-10)	5,73 (± 1,71)	6,00 (3-9)	0,838
<b>RSQ total</b>	129,43 (± 26,62)	112,00 (91-196)	117,75 (±21,61)	116,50 (79-152)	119,73 (± 26,30)	111,00 (86-179)	0,352

Nota.\* $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Kruskal-Wallis (não paramétrico).

Fonte: RSQ- *Headache* (Connor-Smith et al., 2000).

Tabela P52. Comparação entre frequência de dor de cabeça e qualidade de vida (N = 54)

Frequência da dor de cabeça	Diária (n = 23)		2 a 3 vezes por semana (n = 16)		1 vez por semana (n = 15)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
QV							
<b>Funcionamento psicológico</b>	2,43 (± 0,35)	2,42 (1,91-3,30)	2,32 (± 0,33)	2,29 (1,85-3)	2,36 (± 0,40)	2,30 (1,79-3,30)	0,586
Estresse	2,36 (± 0,73)	2,29 (1,14-4)	2,15 (± 0,44)	2,00 (1,43-3,14)	2,14 (± 0,75)	2,14 (1-3,71)	0,658
Harmonia	2,33 (± 0,69)	2,40 (1-3,80)	2,37 (± 0,62)	2,50 (1,20-3,20)	2,59 (± 0,59)	2,60 (1,60-3,40)	0,443
Fadiga	2,57 (± 0,71)	2,50 (1,50-3,75)	2,36 (± 0,49)	2,25 (1,50-3,25)	2,52 (± 0,79)	2,50 (1,25-3,75)	0,758
Força vital	1,97 (± 0,79)	2,00 (1-3,67)	2,17 (± 0,87)	2,00 (1-4)	2,33 (± 0,85)	2,33 (1-4)	0,513
Depressão	<b>2,41</b> <b>(± 0,59)</b>	<b>2,43</b> <b>(1,43-3,43)</b>	1,95 (± 0,34)	1,86 (1,57-2,71)	<b>1,83</b> <b>(± 0,69)</b>	<b>1,71</b> <b>(1-3,43)</b>	<b>0,005*</b>
Bom humor	2,42 (± 0,55)	2,25 (1,50-3,50)	2,70 (± 0,60)	2,63 (2-4)	2,83 (± 0,60)	2,75 (2-4)	0,136
Otimismo futuro	3,10 (± 0,70)	3,00 (1,33-4)	3,13 (± 0,65)	3,00 (2-4)	2,87 (± 0,56)	2,67 (2-4)	0,401
<b>Estado funcional</b>	2,34 (± 0,65)	2,14 (1,36-3,86)	2,33 (± 0,55)	2,43 (1,21-3)	2,00 (± 0,51)	2,00 (1-2,64)	0,227
Impacto ativ. Diária	2,41 (± 0,73)	2,25 (1-3,75)	2,29 (± 0,59)	2,25 (1,38-3,50)	1,95 (± 0,53)	2,00 (1-2,75)	0,146
Impacto ativ. Lazer	2,24 (± 0,75)	2,17 (1-4)	2,38 (± 0,68)	2,50 (1-3,33)	2,07 (± 0,66)	2,00 (1-3,67)	0,396
<b>Funcionamento físico</b>	2,52 (± 0,64)	2,40 (1,40-3,60)	2,30 (± 0,54)	2,20 (1,50-3,20)	2,05 (± 0,44)	2,00 (1,10-2,70)	0,076
Sintomas somáticos	2,52 (± 0,64)	2,40 (1,40-3,60)	2,30 (± 0,54)	2,20 (1,50-3,20)	2,05 (± 0,44)	2,00 (1,10-2,70)	0,076
<b>Funcionamento social</b>	2,32 (± 0,54)	2,36 (1,27-3,36)	2,70 (± 0,57)	2,73 (1,91-3,82)	2,73 (± 0,45)	2,91 (1,91-3,36)	0,064
Funcionamento em casa e na escola	2,27 (± 0,62)	2,33 (1-3,50)	2,72 (± 0,60)	2,83 (1,83-4)	2,52 (± 0,39)	2,50 (1,67-3)	0,072
Interação social com irmãos	2,15 (± 1,14)	2,00 (1-4)	2,75 (± 1,24)	3,00 (1-4)	2,73 (± 1,22)	2,50 (1-4)	0,201
Interação social com jovens	2,55 (± 0,84)	2,67 (1-3,67)	2,63 (± 0,74)	2,83 (1,33-3,67)	3,13 (± 0,60)	3,00 (2-4)	0,088
Satisfação vida	5,43 (± 2,27)	5,00 (1-9)	6,75 (± 2,11)	7,00 (2-10)	6,53 (± 2,13)	7,00 (3-10)	0,168
Satisfação saúde	5,35 (± 2,37)	5,00 (1-10)	5,50 (± 2,13)	6,00 (2-8)	6,73 (± 1,94)	7,00 (3-9)	0,139

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

## APÊNDICE Q

### Tabelas de comparações com e sem consulta médica

Tabela Q53. Comparação entre adolescentes com e sem consulta médica em termos de idade, intensidade da dor e percepção de Estressores (N = 54)

Consulta médica	Com consulta com o médico (n = 34)		Sem consulta com o médico (n = 20)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
Idade (anos)	15,62 (± 1,23)	16,00 (14-18)	15,50 (± 1,32)	15,00 (14-18)	0,733
Intensidade da dor (0 a 10)	5,47 (±1,99)	6,00 (2-10)	5,10 (±2,38)	6,00 (2-10)	0,544
APES					
Percepção de eventos ruins (variação = 1 a 9)	18,21 (± 10,07)	18,00 (5-50)	22,30 (± 9,88)	20,00 (8-47)	0,127
Percepção de eventos bons (variação = 1 a 9)	20,47 (± 5,50)	19,00 (10-35)	20,60 (± 6,34)	20,00 (10-31)	0,843
Percepção de eventos neutros (variação = 1 a 9)	3,12 (± 3,25)	2,00 (0-12)	4,40 (± 4,19)	3,00 (0-12)	0,356

Nota.\* $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: APES = Adolescent Perceived Events Scale (Grant & Compas, 1995).

Tabela Q54. Comparação entre adolescentes com e sem consulta médica e estratégias de enfrentamento por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Consulta médica	Com consulta com o médico (n = 34)		Sem consulta com o médico (n = 20)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
<b>Escala de Coping</b>					
Autoconfiança	9,09 (± 2,64)	9,00 (5-14)	9,10 (± 2,97)	9,50 (3-14)	0,850
Busca de suporte	7,76 (± 2,79)	8,00 (3-13)	7,05 (± 2,93)	6,50 (3-15)	0,252
Resolução de problemas	10,71 (± 2,60)	11,00 (4-15)	10,75 (± 2,59)	11,00 (4-15)	0,978
Busca de informação	10,74 (± 2,29)	11,00 (6-15)	9,55 (± 3,19)	10,50 (3-15)	0,240
Acomodação	4,38 (± 2,10)	4,00 (3-13)	4,70 (± 1,34)	5,00 (3-8)	0,100
Negociação	9,71 (± 2,05)	10,00 (6-14)	10,15 (± 2,48)	10,50 (6-15)	0,562
Delegação	5,03 (± 2,04)	4,50 (3-9)	4,85 (± 2,52)	4,00 (3-12)	0,509
Isolamento	9,82 (± 2,61)	10,00 (3-15)	9,25 (± 2,34)	9,50 (4-14)	0,332
Desamparo	7,74 (± 3,03)	7,50 (3-15)	7,00 (± 2,58)	7,00 (4-13)	0,387
Fuga	10,74 (± 2,57)	11,00 (5-15)	10,40 (± 2,04)	10,50 (4-13)	0,453
Submissão	7,91 (± 2,35)	8,00 (3-12)	6,75 (± 1,83)	7,00 (3-10)	0,081
Oposição	10,26 (± 2,79)	11,00 (3-14)	10,50 (± 3,41)	10,00 (6-15)	0,843
Coping adaptativo	52,35 (± 7,08)	54,00 (35-69)	51,20 (± 9,00)	50,50 (31-66)	0,430
Coping mal adaptativo	51,26 (± 8,84)	52,00 (34-67)	48,35 (± 8,21)	48,50 (32-60)	0,233
Coping total	103,62 (± 10,95)	104,50 (76-128)	99,55 (± 11,74)	99,50 (76-126)	0,185

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: Escala de Enfrentamento (Lees, 2007).

Tabela Q55. Comparação entre adolescentes com e sem consulta médica e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Consulta médica	Com consulta com o médico (n = 34)		Sem consulta com o médico (n = 20)		
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Valor P*
(RSQ-H)					
EEstresseores	2,44 (± 0,58)	2,29 (1,33-3,58)	2,48 (± 0,61)	2,42 (1,58-4)	0,795
<b>Coping de engajamento de controle primário</b>	21,71 (± 5,21)	21,50 (14-35)	19,05 (± 4,22)	19,00 (13-28)	0,077
Resolução de Problemas	7,94 (± 1,92)	8,00 (5-12)	7,70 (± 1,81)	7,50 (5-11)	0,697
Regulação emocional	6,85 (± 2,11)	7,00 (3-12)	5,75 (± 1,37)	6,00 (3-8)	<b>0,048*</b>
Expressão emocional	6,91 (± 1,93)	7,00 (3-11)	5,60 (± 2,09)	5,00 (3-12)	<b>0,012*</b>
<b>Coping de engajamento de controle secundário</b>	24,56 (± 6,08)	24,00 (13-39)	20,25 (± 4,71)	20,50 (15-28)	<b>0,013*</b>
Pensamento Positivo	6,65 (± 2,17)	7,00 (3-11)	4,90 (± 1,52)	5,00 (3-8)	<b>0,004*</b>
Reestruturação cognitiva	5,56 (± 2,08)	5,00 (3-12)	5,15 (± 1,90)	5,00 (3-11)	0,423
Aceitação	5,91 (± 1,42)	6,00 (3-9)	4,80 (± 1,28)	4,00 (3-8)	<b>0,006*</b>
Distração	6,44 (± 2,08)	6,00 (3-12)	5,40 (± 1,82)	5,00 (3-9)	0,064
<b>Coping de desengajamento</b>	22,18 (± 4,66)	21,00 (13-34)	21,00 (± 4,80)	21,00 (11-29)	0,393
Evitação	7,59 (± 1,69)	7,00 (5-12)	7,70 (± 2,03)	7,00 (4-11)	0,920
Negação	6,26 (± 2,03)	6,00 (3-12)	5,45 (± 1,39)	5,00 (4-9)	0,145
Pensamentos fantasiosos	8,32 (± 2,11)	8,00 (3-12)	7,85 (± 2,50)	7,00 (3-12)	0,376
<b>Engajamento involuntário</b>	31,29 (± 8,74)	28,50 (19-56)	28,45 (± 7,86)	27,00 (15-45)	0,258
Ruminação	6,56 (± 1,96)	6,00 (3-11)	5,55 (± 1,54)	6,00 (3-8)	0,092
Pensamentos intrusivos	5,41 (± 2,02)	5,00 (3-12)	5,80 (± 2,38)	5,00 (3-12)	0,681
Excitação fisiológica	5,18 (± 1,88)	5,00 (3-11)	4,40 (± 1,10)	4,00 (3-6)	0,173
Excitação emocional	8,29 (± 2,02)	8,00 (5-12)	7,30 (± 2,47)	7,00 (3-12)	0,102
Ação involuntária (impulsiva)	5,85 (± 2,70)	5,00 (3-12)	5,40 (± 2,68)	5,00 (3-12)	0,517
<b>Desengajamento involuntário</b>	28,68 (± 6,92)	27,50 (15-42)	25,80 (± 6,11)	25,00 (15-40)	0,127
Entorpecimento emocional	5,97 (± 1,91)	6,00 (3-10)	5,65 (± 1,76)	5,00 (4-11)	0,367
Interferência cognitiva	7,82 (± 2,05)	7,50 (3-12)	7,30 (± 2,18)	7,00 (3-12)	0,349
Paralisação	8,94 (± 2,00)	8,50 (5-12)	7,60 (± 1,90)	7,00 (5-12)	<b>0,014*</b>
Fuga	5,94 (± 1,95)	6,00 (3-10)	5,25 (± 2,12)	5,00 (3-10)	0,182
<b>RSQ total</b>	128,41 (± 26,56)	128,00 (90-196)	114,55 (± 20,69)	113,50 (79-147)	0,066

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

Tabela Q56. Comparação entre adolescentes com e sem consulta médica e qualidade de vida (N = 54)

Consulta médica	Com consulta com o médico (n = 34)		Sem consulta com o médico (n = 20)		Valor P*
	Média	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
QV					
<b>Funcionamento psicológico</b>	2,42 (± 0,38)	2,32 (1,79-3,30)	2,31 (± 0,31)	2,26 (1,85-2,91)	0,342
Estresse	2,22 (± 0,72)	2,14 (1-4)	2,27 (± 0,56)	2,29 (1-3,43)	0,478
Harmonia	2,57 (± 0,62)	2,60 (1,40-3,80)	2,15 (± 0,60)	2,20 (1-3)	<b>0,030*</b>
Fadiga	2,54 (± 0,74)	2,50 (1,25-3,75)	2,41 (± 0,54)	2,25 (1,50-3,75)	0,626
Força vital	2,35 (± 0,86)	2,33 (1-4)	1,75 (± 0,62)	1,67 (1-3)	<b>0,012*</b>
Depressão	2,04 (± 0,61)	1,93 (1-3,43)	2,24 (± 0,60)	2,07 (1,43-3,29)	0,242
Bom humor	2,69 (± 0,56)	2,63 (1,75-4)	2,50 (± 0,63)	2,38 (1,50-3,50)	0,320
Otimismo futuro	3,09 (± 0,62)	3,00 (2-4)	2,97 (± 0,71)	3,00 (1,33-4)	0,630
<b>Estado funcional</b>	2,17 (± 0,53)	2,14 (1-3,29)	2,36 (± 0,68)	2,21 (1,36-3,86)	0,430
Impacto ativ. Diária	2,14 (± 0,64)	2,19 (1-3,50)	2,43 (± 0,66)	2,25 (1,38-3,75)	0,193
Impacto ativ. Lazer	2,21 (± 0,67)	2,25 (1-3,67)	2,27 (± 0,77)	2,00 (1-4)	0,857
<b>Funcionamento físico</b>	2,32 (± 0,52)	2,20 (1,10-3,60)	2,34 (± 0,70)	2,25 (1,40-3,60)	0,921
Sintomas somáticos	2,32 (± 0,52)	2,20 (1,10-3,60)	2,34 (± 0,70)	2,25 (1,40-3,60)	0,921
<b>Funcionamento social</b>	2,64 (± 0,54)	2,73 (1,27-3,82)	2,39 (± 0,54)	2,36 (1,45-3,36)	0,118
Funcionamento em casa e na escola	2,52 (± 0,60)	2,58 (1-4)	2,39 (± 0,55)	2,42 (1,17-3,17)	0,523
Interação social com irmãos	2,69 (± 1,20)	2,75 (1-4)	2,15 (± 1,17)	1,75 (1-4)	0,121
Interação social com jovens	2,84 (± 0,83)	3,00 (1-4)	2,55 (± 0,66)	2,67 (1-3,67)	0,103
Satisfação vida	6,18 (± 2,14)	7,00 (2-10)	6,05 (± 2,44)	6,00 (1-10)	0,856
Satisfação saúde	5,85 (± 2,38)	6,00 (1-10)	5,65 (± 2,01)	6,00 (1-9)	0,677

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

## APÊNDICE R

### Tabelas de comparações com e sem diagnóstico de enxaqueca

Tabela R57. Comparação de adolescentes com e sem diagnóstico de enxaqueca, quanto à idade, intensidade da dor e Estressores percebidos (N = 54)

Diagnóstico de enxaqueca	de	Com diagnóstico de enxaqueca (n = 13)		Sem diagnóstico de enxaqueca (n = 41)		Valor P*
		Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
Idade (anos)		15,85 (± 1,28)	16,00 (14-18)	15,49 (± 1,25)	15,00 (14-18)	0,404
Intensidade da dor (0 a 10)		5,85 (± 2,08)	6,00 (2-10)	5,17 (± 2,14)	6,00 (2-10)	0,364
APES						
Percepção de eventos ruins		14,54 (± 8,39)	14,00 (5-28)	21,37 (± 10,13)	19,00 (5-50)	<b>0,036*</b>
(variação = 1 a 9)						
Percepção de eventos bons		21,31 (± 4,91)	21,00 (15-29)	20,27 (± 6,05)	19,00 (10-35)	0,510
(variação = 1 a 9)						
Percepção de eventos neutros		1,92 (± 2,25)	1,00 (0-8)	4,12 (± 3,85)	3,00 (0-12)	0,086
(variação = 1 a 9)						

Nota. \* $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: APES = Adolescent Perceived Events Scale (Grant & Compas, 1995).

Tabela R58. Comparação de adolescentes com e sem diagnóstico médico de enxaqueca e seu enfrentamento (N = 54)

Diagnóstico de enxaqueca	Com diagnóstico de enxaqueca (n = 13)		Sem diagnóstico de enxaqueca (n = 41)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
Escala de coping					
Autoconfiança	9,23 (± 2,71)	8,00 (5-14)	9,05 (± 2,78)	10,00 (3-14)	0,951
Busca de suporte	7,92 (± 2,75)	8,00 (3-11)	7,37 (± 2,88)	7,00 (3-15)	0,365
Resolução de problemas	10,46 (± 2,67)	10,00 (4-14)	10,80 (± 2,57)	11,00 (4-15)	0,728
Busca de informação	11,23 (± 2,28)	11,00 (7-14)	10,00 (± 2,77)	11,00 (3-15)	0,184
Acomodação	4,38 (± 2,84)	3,00 (3-13)	4,54 (± 1,45)	4,00 (3-9)	0,116
Negociação	10,15 (± 1,99)	10,00 (7-13)	9,78 (± 2,29)	10,00 (6-15)	0,540
Delegação	4,54 (± 2,03)	3,00 (3-8)	5,10 (± 2,27)	5,00 (3-12)	0,406
Isolamento	9,69 (± 2,06)	10,00 (6-12)	9,59 (± 2,65)	10,00 (3-15)	0,736
Desamparo	8,85 (± 3,08)	8,00 (4-15)	7,02 (± 2,69)	7,00 (3-14)	<b>0,047*</b>
Fuga	10,31 (± 2,93)	11,00 (5-14)	10,71 (± 2,21)	11,00 (4-15)	0,903
Submissão	8,15 (± 2,03)	8,00 (5-12)	7,27 (± 2,27)	7,00 (3-12)	0,232
Oposição	10,62 (± 2,50)	10,00 (6-14)	10,27 (± 3,17)	11,00 (3-15)	0,776
Coping adaptativo	53,23 (± 6,30)	55,00 (37-63)	51,51 (± 8,22)	51,00 (31-69)	0,228
Coping mal adaptativo	51,85 (± 8,76)	52,00 (34-67)	49,66 (± 8,66)	49,00 (32-66)	0,454
Coping total	105,08 (± 9,13)	107,00 (88-119)	101,17 (± 11,87)	100,00 (76-128)	0,209

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: Escala de Enfrentamento (Lees, 2007).



Tabela R59. Comparação de adolescentes com e sem diagnóstico médico de enxaqueca e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Diagnóstico de enxaqueca	Com diagnóstico de enxaqueca (n = 13)		Sem diagnóstico de enxaqueca (n = 41)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
<b>(RSQ)</b>					
EEstresseores	2,31 (± 0,58)	2,17 (1,33-3,58)	2,50 (± 0,59)	2,42 (1,38-4)	0,261
<b>Coping</b>					
<b>engajamento</b>	20,31 (± 3,88)	21,00 (14-26)	20,85 (± 5,34)	20,00 (13-35)	0,952
<b>controle primário</b>					
Resolução	7,62 (± 1,94)	8,00 (5-10)	7,93 (± 1,86)	8,00 (5-12)	0,705
Problemas	6,23 (± 1,42)	7,00 (3-8)	6,51 (± 2,08)	6,00 (3-12)	0,943
Regulação emocional	6,46 (± 1,51)	7,00 (3-8)	6,41 (± 2,24)	6,00 (3-12)	0,602
Expressão emocional	24,00 (± 5,57)	26,00 (15-34)	22,63 (± 6,09)	22,00 (13-39)	0,278
<b>Coping</b>					
<b>engajamento</b>					
<b>controle secundário</b>					
Pensamento Positivo	6,54 (± 2,57)	7,00 (3-11)	5,83 (± 1,96)	6,00 (3-10)	0,347
Reestruturação	5,00 (± 1,63)	5,00 (3-7)	5,54 (± 2,11)	5,00 (3-12)	0,636
cognitiva	6,08 (± 1,55)	6,00 (3-9)	5,32 (± 1,40)	5,00 (3-8)	0,114
Aceitação	6,38 (± 2,06)	6,00 (3-9)	5,95 (± 2,04)	6,00 (3-12)	0,424
Distração	21,08 (± 4,05)	21,00 (13-29)	21,95 (± 4,92)	21,00 (11-34)	0,677
<b>Coping</b>					
<b>desengajamento</b>					
Evitação	7,31 (± 1,75)	7,00 (5-11)	7,73 (± 1,83)	8,00 (4-12)	0,410
Negação	5,77 (± 1,48)	6,00 (4-8)	6,02 (± 1,97)	6,00 (3-12)	0,918
Pensamentos	8,00 (± 2,31)	8,00 (3-11)	8,20 (± 2,26)	8,00 (3-12)	0,984
fantasiosos	28,58 (± 7,01)	29,00 (19-39)	30,68 (± 8,91)	27,00 (15-56)	0,612
<b>Engajamento</b>					
<b>involuntário</b>					
Ruminação	6,08 (± 1,85)	6,00 (3-10)	6,22 (± 1,89)	6,00 (3-11)	0,910
Pensamentos intrusivos	4,85 (± 1,28)	5,00 (3-7)	5,78 (± 2,32)	5,00 (3-12)	0,298
Excitação fisiológica	4,54 (± 1,61)	4,00 (3-8)	5,00 (± 1,69)	5,00 (3-11)	0,332
Excitação emocional	8,08 (± 1,80)	8,00 (5-11)	7,88 (± 2,37)	7,00 (3-12)	0,580
Ação involuntária	5,31 (± 2,78)	4,00 (3-12)	5,80 (± 2,67)	5,00 (3-12)	0,433
(impulsiva)	26,08 (± 6,71)	26,00 (15-39)	28,10 (± 6,73)	27,00 (15-42)	0,406
<b>Desengajamento</b>					
<b>involuntário</b>					
Entorpecimento	5,46 (± 1,66)	6,00 (3-8)	5,98 (± 1,90)	6,00 (3-11)	0,531
emocional	7,15 (± 2,08)	7,00 (3-10)	7,78 (± 2,10)	7,00 (3-12)	0,579
Interferência cognitiva	8,08 (± 2,14)	8,00 (5-12)	8,56 (± 2,04)	8,00 (5-12)	0,486
Paralisação	5,38 (± 1,85)	5,00 (3-9)	5,78 (± 2,09)	6,00 (3-10)	0,573
Fuga	120,31 (± 21,08)	118,00 (90-153)	124,22 (± 26,62)	119,00 (79-141)	0,856
<b>RSQ total</b>					

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

Tabela R60. Comparação de adolescentes com e sem diagnóstico de enxaqueca médico quanto à qualidade de vida (N = 54)

Diagnóstico de enxaqueca	Com diagnóstico de enxaqueca (n = 13)		Sem diagnóstico de enxaqueca (n = 41)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
<b>Funcionamento psicológico</b>	2,23 (± 0,19)	2,24 (1,79-2,52)	2,43 (± 0,38)	2,36 (1,85-3,30)	0,156
Estresse	1,96 (± 0,57)	1,86 (1-3,14)	2,33 (± 0,66)	2,29 (1-4)	0,078
Harmonia	2,35 (± 0,68)	2,40 (1,40-3,40)	2,43 (± 0,64)	2,60 (1-3,80)	0,611
Fadiga	2,37 (± 0,75)	2,25 (1,25-3,50)	2,53 (± 0,65)	2,50 (1,50-3,75)	0,392
Força vital	2,03 (± 0,91)	2,00 (1-4)	2,16 (± 0,81)	2,00 (1-4)	0,526
Depressão	1,87 (± 0,56)	1,71 (1-3,14)	2,19 (± 0,61)	2,14 (1-3,43)	0,094
Bom humor	2,56 (± 0,61)	2,25 (2-4)	2,64 (± 0,59)	2,75 (1,50-4)	0,462
Otimismo futuro	3,05 (± 0,78)	3,00 (2-4)	3,04 (± 0,61)	3,00 (1,33-4)	0,926
<b>Estado funcional</b>	2,13 (± 0,54)	2,14 (1-2,86)	2,28 (± 0,61)	2,14 (1,21-3,86)	0,516
Impacto ativ. Diária	2,01 (± 0,64)	2,00 (1-3,25)	2,32 (± 0,65)	2,25 (1,13-3,75)	0,158
Impacto ativ. Lazer	2,28 (± 0,71)	2,33 (1-3,67)	2,22 (± 0,71)	2,00 (1-4)	0,670
<b>Funcionamento físico</b>	2,16 (± 0,52)	2,20 (1,10-3,10)	2,38 (± 0,60)	2,30 (1,40-3,60)	0,367
Sintomas somáticos	2,16 (± 0,52)	2,20 (1,10-3,10)	2,38 (± 0,60)	2,30 (1,40-3,60)	0,367
<b>Funcionamento social</b>	2,52 (± 0,59)	2,27 (1,27-3,36)	2,55 (± 0,54)	2,55 (1,45-3,82)	0,968
Funcionamento em casa e na escola	2,36 (± 0,62)	2,50 (1-3)	2,51 (± 0,57)	2,67 (1,17-4)	0,633
Interação social com irmãos	2,58 (± 1,29)	2,00 (1-4)	2,46 (± 1,20)	2,50 (1-4)	0,740
Interação social com jovens	2,82 (± 0,79)	2,67 (1,33-4)	2,71 (± 0,78)	3,00 (1-4)	0,783
Satisfação vida	6,08 (± 2,14)	6,00 (2-10)	6,15 (± 2,29)	7,00 (1-10)	0,838
Satisfação saúde	6,62 (± 2,43)	7,00 (1-10)	5,51 (± 2,12)	6,00 (1-9)	0,109

Nota.\*p ≤ 0,05: significativo pelo teste de Mann-Whitney.

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

## APÊNDICE S

### Tabelas de comparações entre o tempo de duração de dor de cabeça

Tabela S61. Comparação do tempo de dor de cabeça, quanto à idade, intensidade da dor e Estressores percebidos (N = 54)

Tempo de duração de dor de cabeça	1-3 horas (n = 8)		3-10 horas (n = 11)		10-24 horas (n = 13)		> 24 horas (n = 17)		Não sabe (n = 5)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
Idade (anos)	14,88 (± 1,13)	14,50 (14-17)	15,55 (± 0,93)	15,00 (14-17)	15,54 (± 1,33)	16,00 (14-18)	15,65 (± 1,46)	16,00 (14-18)	16,60 (± 0,55)	17,00 (16-17)	0,194
Intensidade da dor (0 a 10)	6,00 (± 1,51)	6,00 (4-8)	4,00 (± 1,79)	4,00 (2-6)	5,85 (± 2,08)	6,00 (4-10)	5,41 (± 2,43)	6,00 (2-10)	5,60 (± 2,19)	6,0 (2-8)	0,221
APES											
Percepção de eventos ruins (variação = 1 a 9)	13,13 (± 6,58)	15,50 (5-21)	20,36 (± 8,23)	20,00 (6-36)	25,15 (± 11,18)	18,00 (9-47)	18,41 (± 11,25)	19,00 (5-50)	24,40 (± 8,08)	24,00 (14-35)	0,133
Percepção de eventos bons (variação = 1 a 9)	17,00 (± 2,83)	16,50 (13-22)	21,55 (± 7,42)	23,00 (10-30)	22,00 (± 5,20)	21,00 (14-31)	20,00 (± 5,61)	19,00 (10-35)	21,80 (± 6,61)	21,00 (14-29)	0,224
Percepção de eventos neutros (variação = 1 a 9)	3,00 (± 1,85)	2,50 (1-6)	3,73 (± 4,20)	1,00 (0-10)	5,15 (± 4,36)	3,00 (0-12)	2,88 (± 3,41)	2,00 (0-11)	2,60 (± 3,21)	1,00 (0-8)	0,506

Nota. \* $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Kruskal-Wallis (não paramétrico).

Fonte: APES = Adolescent Perceived Events Scale (Grant & Compas, 1995).

Tabela S62. Comparação do tempo de dor de cabeça e seu enfrentamento (N = 54)

Tempo de duração de dor de cabeça	1-3 horas (n = 8)		3-10 horas (n = 11)		10-24 horas (n = 13)		> 24 horas (n = 17)		Não sabe (n = 5)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Variação)	
Escala de coping											
Autoconfiança	9,50 (± 2,67)	10,00 (6-13)	10,09 (± 3,08)	11,00 (4-14)	8,98 (± 2,72)	9,00 (3-13)	8,59 (± 2,79)	8,00 (5-14)	8,40 (± 2,30)	8,00 (6-12)	0,577
Busca de suporte	7,88 (± 2,03)	8,00 (4-11)	5,91 (± 1,76)	6,00 (3-8)	7,46 (± 3,89)	6,00 (3-15)	8,35 (± 2,64)	9,00 (3-11)	7,60 (± 2,79)	9,00 (3-10)	0,151
Resolução de problemas	11,13 (± 1,20)	11,50 (6-14)	10,36 (± 2,29)	10,00 (6-15)	9,77 (± 1,74)	9,00 (7-13)	11,06 (± 3,31)	12,00 (4-15)	12,20 (± 2,17)	12,00 (9-15)	0,147
Busca de informação	11,00 (± 1,20)	11,50 (9-12)	9,91 (± 2,39)	10,00 (5-13)	9,00 (± 3,24)	9,00 (3-14)	10,82 (± 2,90)	11,00 (4-15)	11,60 (± 1,95)	11,00 (9-14)	0,322
Acomodação	4,25 (± 1,04)	4,00 (3-6)	5,18 (± 2,86)	5,00 (3-13)	4,62 (± 1,94)	4,00 (3-9)	4,29 (± 1,45)	4,00 (3-8)	3,80 (± 1,10)	3,00 (3-5)	0,845
Negociação	9,38 (± 2,00)	10,00 (6-12)	9,18 (± 2,27)	8,00 (7-14)	9,38 (± 2,06)	9,00 (6-12)	10,41 (± 2,37)	10,00 (7-15)	11,60 (± 1,34)	11,00 (10-13)	0,198
Delegação	5,20 (± 1,98)	5,50 (3-9)	5,27 (± 3,38)	3,00 (3-12)	4,45 (± 1,81)	3,00 (3-7)	5,35 (± 1,90)	5,00 (3-9)	3,60 (± 0,89)	3,00 (3-5)	0,357
Isolamento	8,88 (± 3,27)	8,50 (5-15)	9,45 (± 2,07)	9,00 (7-14)	9,00 (± 2,38)	9,00 (3-12)	10,29 (± 2,71)	10,00 (4-15)	10,40 (± 1,52)	11,00 (8-12)	0,403
Desamparo	7,88 (± 2,42)	7,50 (5-12)	6,45 (± 2,11)	8,00 (4-10)	7,46 (± 2,96)	7,00 (4-13)	8,00 (± 3,54)	8,00 (3-15)	7,20 (± 2,59)	7,00 (4-11)	0,742
Fuga	10,75 (± 3,11)	12,00 (5-14)	10,18 (± 2,40)	10,00 (6-14)	10,31 (± 1,60)	10,00 (8-13)	10,82 (± 2,58)	11,00 (4-15)	11,40 (± 2,70)	12,00 (7-14)	0,602
Submissão	8,63 (± 2,72)	9,50 (4-12)	6,45 (± 1,63)	7,00 (3-9)	7,54 (± 1,85)	8,00 (4-11)	7,47 (± 2,60)	8,00 (3-12)	7,80 (± 1,79)	8,00 (6-10)	0,353
Oposição	9,88 (± 2,42)	9,50 (7-13)	10,00 (± 3,10)	10,00 (6-15)	10,62 (± 2,53)	11,00 (6-15)	10,35 (± 3,76)	10,00 (3-15)	11,20 (± 2,77)	12,00 (7-14)	0,913
Coping adaptativo	53,38 (± 5,18)	53,50 (44-63)	50,45 (± 6,17)	50,00 (44-65)	49,08 (± 6,78)	50,00 (35-57)	53,41 (± 10,24)	56,00 (31-69)	55,20 (± 6,61)	55,00 (45-62)	0,292
Coping mal adaptativo	50,38 (± 10,34)	53,00 (34-63)	47,73 (± 9,05)	49,00 (36-61)	49,08 (± 6,87)	49,00 (40-59)	52,06 (± 9,57)	50,00 (32-67)	51,80 (± 7,33)	52,00 (41-59)	0,764
Coping total	103,75 (± 11,68)	104,00 (88-117)	98,18 (± 7,81)	101,00 (85-109)	98,15 (± 9,94)	98,00 (76-112)	105,47 (± 13,92)	105,00 (76-128)	107,00 (± 7,58)	104,00 (101-120)	0,287

Nota. \* $p \leq 0,05$ ; significativo pelo teste de Kruskal-Wallis (não paramétrico).

Fonte: Escala de Enfrentamento (Lees, 2007).

Tabela S63. Comparação entre tempo de dor de cabeça e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)

Tempo de duração de dor de cabeça	1-3 horas (n = 8)		3-10 horas (n = 11)		10-24 horas (n = 13)		> 24 horas (n = 17)		Não sabe (n = 5)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
(RSQ-H)											
EEstresseores	1,69 (± 0,40)	1,88 (1,38-2,75)	2,35 (± 0,55)	2,25 (1,33-3,08)	2,60 (± 0,57)	2,33 (2-4)	2,62 (± 0,63)	2,50 (1,67-3,62)	2,48 (± 0,51)	2,42 (1,83-3,25)	0,070
<b>Coping de engajamento de controle primário</b>	18,13 (± 4,12)	17,50 (14-26)	19,73 (± 4,43)	19,00 (13-27)	21,31 (± 5,82)	21,00 (13-35)	22,24 (± 5,21)	22,00 (13-33)	20,40 (± 3,85)	21,00 (16-25)	0,352
Resolução de Problemas	6,38 (± 1,51)	6,00 (5-9)	7,73 (± 1,68)	7,00 (5-10)	8,38 (± 2,02)	8,00 (5-12)	8,18 (± 1,91)	8,00 (5-12)	8,00 (± 1,58)	8,00 (6-10)	0,163
Regulação emocional	6,00 (± 2,00)	6,00 (3-10)	6,00 (± 1,67)	6,00 (4-8)	6,31 (± 2,32)	6,00 (3-12)	6,94 (± 2,01)	7,00 (3-12)	6,80 (± 0,84)	7,00 (6-8)	0,503
Expressão emocional	5,75 (± 1,16)	6,00 (4-7)	6,00 (± 2,00)	6,00 (3-9)	6,62 (± 2,22)	6,00 (4-11)	7,12 (± 2,29)	7,00 (3-12)	5,60 (± 2,07)	6,00 (3-8)	0,499
<b>Coping de engajamento de controle secundário</b>	20,25 (± 5,44)	23,50 (13-30)	22,64 (± 3,11)	23,00 (15-26)	22,85 (± 6,39)	24,00 (15-35)	24,29 (± 7,01)	24,00 (15-39)	23,80 (± 7,12)	25 (17-34)	0,714
Pensamento Positivo	5,38 (± 2,33)	5,00 (3-10)	6,27 (± 1,95)	7,00 (3-10)	5,92 (± 1,89)	7,00 (3-8)	5,94 (± 2,25)	6,00 (3-10)	6,80 (± 2,77)	6,00 (4-11)	0,814
Reestruturação cognitiva	5,13 (± 1,13)	5,00 (4-7)	4,91 (± 2,21)	5,00 (3-11)	5,38 (± 2,10)	6,00 (3-11)	6,12 (± 2,26)	7,00 (3-12)	4,60 (± 1,14)	5,00 (3-6)	0,178
Aceitação	4,50 (± 0,76)	5,00 (3-5)	5,64 (± 0,81)	6,00 (5-7)	5,54 (± 1,61)	6,00 (3-8)	5,76 (± 1,52)	6,00 (3-8)	5,80 (± 2,49)	4,00 (4-9)	0,218
Distração	5,25 (± 1,98)	5,00 (3-8)	5,82 (± 1,72)	6,00 (3-9)	6,00 (± 1,96)	5,00 (4-9)	6,47 (± 2,37)	6,00 (4-12)	6,60 (± 1,95)	6,00 (4-9)	0,719
<b>Coping de desengajamento</b>	18,88 (± 3,36)	19,00 (13-24)	21,18 (± 4,09)	21,00 (15-28)	22,23 (± 4,95)	23,00 (14-29)	22,59 (± 5,61)	21,00 (11-34)	23,40 (± 2,70)	23,00 (21-28)	0,262
Evitação	6,63 (± 0,74)	6,50 (6-8)	7,82 (± 1,33)	8,00 (6-10)	7,92 (± 1,85)	8,00 (5-11)	7,82 (± 2,40)	7,00 (4-12)	7,40 (± 1,34)	8,00 (6-9)	0,492
Negação	5,63 (± 1,41)	5,50 (4-8)	5,73 (± 1,56)	6,00 (4-8)	5,77 (± 2,09)	5,00 (3-10)	6,18 (± 2,19)	5,00 (4-12)	6,80 (± 1,48)	7,00 (5-9)	0,684
Pensamentos fantasiosos	6,63 (± 2,20)	6,50 (3-10)	7,64 (± 2,42)	7,00 (5-12)	8,54 (± 2,11)	8,00 (6-12)	8,59 (± 2,29)	9,00 (3-12)	9,20 (± 1,30)	9,00 (8-11)	0,143
<b>Engajamento involuntário</b>	24,50 (± 2,45)	25,50 (21-27)	27,82 (± 7,85)	25,00 (20-46)	32,62 (± 7,74)	32,00 (20-45)	33,94 (± 9,38)	34,00 (15-56)	26,00 (± 6,08)	27,00 (19-34)	<b>0,027*</b>
Ruminação	5,88 (± 0,99)	6,00 (4-7)	5,36 (± 1,69)	5,00 (3-9)	6,69 (± 1,49)	7,00 (4-10)	6,53 (± 2,40)	6,00 (3-11)	6,00 (± 2,00)	7,00 (3-8)	0,353
Pensamentos intrusivos	4,63 (± 1,41)	4,50 (3-7)	5,09 (± 1,76)	4,00 (3-8)	5,62 (± 2,43)	5,00 (3-12)	6,29 (± 2,26)	5,00 (3-12)	6,29 (± 2,61)	5,00 (3-9)	0,351
Excitação fisiológica	3,75 (± 0,71)	4,00 (3-5)	4,73 (± 1,56)	4,00 (3-7)	5,00 (± 1,08)	5,00 (3-7)	5,65 (± 2,12)	5,00 (3-11)	4,20 (± 1,64)	3,00 (3-6)	0,081

Tabela S63. (continuação) *Comparação entre tempo de dor de cabeça e seu enfrentamento e respostas involuntárias por adolescentes com queixa de dor de cabeça (N = 54)*

Tempo de duração de dor de cabeça	1-3 horas (n = 8)		3-10 horas (n = 11)		10-24 horas (n = 13)		> 24 horas (n = 17)		Não sabe (n = 5)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
Excitação emocional	6,38 (±1,19)	6,50 (4-8)	7,27 (± 2,00)	7,00 (5-11)	8,62 (± 2,29)	8,00 (6-12)	9,00 (± 2,32)	9,00 (3-12)	6,40 (± 0,89)	7,00 (5-7)	<b>0,006*</b>
Ação involuntária (impulsiva)	3,88 (± 0,83)	4,00 (3-5)	5,36 (± 2,98)	5,00 (3-11)	6,69 (± 2,84)	7,00 (3-12)	6,47 (± 2,76)	6,00 (3-12)	4,00 (± 0,71)	4,00 (3-5)	0,070
<b>Desengajamento Involuntário</b>	24,88 (± 3,68)	24,50 (20-31)	23,82 (± 6,27)	23,00 (15-33)	28,62 (± 7,70)	28,00 (20-40)	30,88 (± 6,70)	31,00 (19-42)	25,80 (± 3,03)	24,00 (24-31)	0,064
Entorpecimento emocional	5,25 (± 1,49)	5,00 (3-8)	5,18 (±1,89)	5,00 (3-9)	6,46 (± 2,15)	6,00 (4-11)	6,29 (± 1,86)	6,00 (3-10)	5,20 (± 0,45)	5,00 (5-6)	0,249
Interferência cognitiva	7,00 (± 1,31)	7,00 (6-10)	6,45 (± 2,11)	7,00 (3-9)	8,08 (± 2,36)	7,00 (5-12)	8,41 (± 2,15)	9,00 (4-12)	7,40 (± 0,89)	8,00 (6-8)	0,156
Paralisação	7,63 (± 1,69)	7,50 (5-11)	7,64 (± 2,01)	7,00 (5-11)	8,69 (± 2,43)	9,00 (5-12)	9,24 (± 1,82)	9,00 (7-12)	8,20 (± 1,92)	8,00 (6-11)	0,240
Fuga	5,00 (± 1,51)	5,50 (3-7)	4,55 (± 1,29)	5,00 (3-7)	5,56 (± 2,21)	6,00 (3-10)	6,94 (± 2,11)	7,00 (3-10)	5,00 (± 1,41)	5,00 (3-7)	<b>0,027*</b>
<b>RSQ total</b>	106,63 (± 13,60)	108,50 (90-133)	115,18 (± 21,43)	118,00 (86-155)	127,92 (± 25,07)	130,00 (88-179)	133,94 (± 29,78)	131,00 (79-196)	119,40 (± 15,65)	114,00 (100-136)	0,067

Nota. \* $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Kruskal-Wallis (não paramétrico).

Fonte: RSQ- Headache (Connor-Smith et al., 2000).

Tabela S64. Comparação de tempo de duração de dor quanto à qualidade de vida (N = 54)

Tempo de duração de dor de cabeça	1-3 horas (n = 8)		3-10 horas (n = 11)		10-24 horas (n = 13)		> 24 horas (n = 17)		Não sabe (n = 5)		Valor P*
	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	Média (DP)	Mediana (Amplitude)	
QV											
Funcionamento psicológico	2,18 (± 0,31)	2,11 (1,79-2,82)	2,25 (± 0,20)	2,24 (1,97-2,52)	2,46 (± 0,30)	2,42 (1,91-2,97)	2,49 (± 0,44)	2,30 (1,85-3,30)	2,37 (± 0,41)	2,18 (1,94-2,91)	0,167
Estresse	1,88 (± 0,46)	2,07 (1-2,29)	1,97 (± 0,53)	2,00 (1,14-2,86)	2,44 (± 0,67)	2,57 (1,43-3,43)	2,40 (± 0,74)	2,29 (1-4)	2,31 (± 0,64)	2,00 (1,71-3,14)	0,204
Harmonia	2,50 (± 0,72)	2,60 (1,60-3,80)	2,56 (± 0,52)	2,60 (1,60-3,40)	2,31 (± 0,71)	2,60 (1-3,20)	2,44 (± 0,69)	2,60 (1,20-3,40)	2,16 (± 0,54)	1,80 (1,80-3)	0,743
Fadiga	2,03 (± 0,41)	2,13 (1,50-2,50)	2,16 (± 0,50)	2,00 (1,50-3,25)	2,85 (± 0,64)	2,75 (1,75-3,75)	2,60 (± 0,69)	2,50 (1,25-3,75)	2,65 (± 0,82)	2,50 (1,75-3,50)	<b>0,026*</b>
Força vital	2,33 (± 0,98)	2,17 (1-3,67)	2,30 (± 0,90)	2,67 (1-4)	2,08 (± 0,65)	2,00 (1-3)	2,08 (± 0,95)	2,00 (1-4)	1,73 (± 0,43)	1,67 (1,33-2,33)	0,684
Depressão	1,63 (± 0,19)	1,57 (1,43-2)	2,00 (± 0,53)	2,14 (1-2,71)	2,22 (± 0,49)	2,29 (1,43-3,14)	2,28 (± 0,78)	2,00 (1-3,43)	2,29 (± 0,54)	2,57 (1,57-2,86)	0,061
Bom humor	2,75 (± 0,52)	2,63 (2-3,50)	2,48 (± 0,60)	2,50 (1,50-3,50)	2,48 (± 0,59)	2,25 (1,50-3,25)	2,84 (± 0,64)	3,00 (2-4)	2,35 (± 0,38)	2,25 (2-3)	0,372
Otimismo futuro	2,96 (± 0,68)	2,83 (2-4)	2,76 (± 0,70)	2,67 (1,33-3,67)	3,21 (± 0,46)	3,00 (2,67-4)	3,06 (± 0,72)	3,00 (2-4)	3,33 (± 0,62)	3,67 (2,67-4)	0,479
<b>Estado funcional</b>	2,21 (± 0,42)	2,07 (1,79-2,93)	2,01 (± 0,35)	2,00 (1,36-2,50)	2,32 (± 0,81)	2,36 (1,21-3,86)	2,30 (± 0,64)	2,36 (1-3,29)	2,40 (± 0,51)	2,21 (2-3,29)	0,598
Impacto ativ. Diária	2,13 (± 0,49)	2,13 (1,25-2,75)	2,03 (± 0,39)	2,13 (1,38-2,75)	2,27 (± 0,81)	2,25 (1,13-3,75)	2,34 (± 0,78)	2,38 (1-3,50)	2,55 (± 0,55)	2,50 (2-3,38)	0,518
Impacto ativ. Lazer	2,31 (± 0,48)	2,25 (1,83-3,17)	1,97 (± 0,50)	1,83 (1-2,83)	2,38 (± 0,98)	2,50 (1-4)	2,25 (± 0,69)	2,33 (1-3,33)	2,20 (± 0,63)	2,17 (1,50-3,17)	0,691
<b>Funcionamento físico</b>	1,98 (± 0,26)	2,00 (1,50-2,40)	2,06 (± 0,44)	2,00 (1,40-2,60)	2,46 (± 0,71)	2,60 (1,50-3,60)	2,54 (± 0,63)	2,30 (1,10-3,60)	2,40 (± 0,44)	2,30 (1,90-2,90)	0,063
Sintomas somáticos	1,98 (± 0,26)	2,00 (1,50-2,40)	2,06 (± 0,44)	2,00 (1,40-2,60)	2,46 (± 0,71)	2,60 (1,50-3,60)	2,54 (± 0,63)	2,30 (1,10-3,60)	2,40 (± 0,44)	2,30 (1,90-2,90)	0,063
<b>Funcionamento social</b>	2,60 (± 0,52)	2,55 (1,91-3,36)	2,53 (± 0,55)	2,64 (1,45-3,27)	2,52 (± 0,44)	2,73 (1,73-3)	2,62 (± 0,72)	2,55 (1,27-3,82)	2,31 (± 0,21)	2,27 (2-2,55)	0,793
Funcionamento em casa e na escola	2,56 (± 0,54)	2,58 (1,67-3,50)	2,44 (± 0,56)	2,67 (1,17-3)	2,42 (± 0,46)	2,50 (1,50-3,17)	2,57 (± 0,71)	2,50 (1-4)	2,20 (± 0,59)	2,17 (1,33-2,83)	0,749
Interação social com irmãos	2,31 (± 1,44)	1,75 (1-4)	2,50 (± 1,18)	3,00 (1-4)	2,38 (± 1,06)	2,50 (1-4)	2,85 (± 1,21)	3,00 (1-4)	1,80 (± 1,30)	1,00 (1-4)	0,432
Interação social com jovens	2,88 (± 0,59)	2,83 (2-3,67)	2,73 (± 0,65)	3,00 (1,67-3,67)	2,82 (± 0,77)	2,67 (1,33-4)	2,57 (± 1,03)	3,00 (1-4)	2,87 (± 0,38)	3,00 (2,33-3,33)	0,987

Nota. \* $p \leq 0,05$ : significativo pelo teste de Kruskal-Wallis (não paramétrico).

Fonte: Questionário de Qualidade de Vida para Jovens com Dor de Cabeça (Langeveld et al., 1996).

## APÊNDICE T

### ANÁLISE DE MEDIAÇÃO DE COPING NA RELAÇÃO ENTRE ESTRESSORES E QUALIDADE DE VIDA

Tabela T65. *Análise de mediação para coping na relação entre estressores e qualidade de vida (funcionamento psicológico)*

Condição	Independente	Dependente	Beta Padron.	Beta (EP)	t*	R <sup>2</sup>	Sobel	Aroian	Freedman Schatzkin
1. Isolada	Estressores ruins	Coping Adapt	0,127	0,097 (0,105)	0,93	0,0160	-0,14	-0,10	p=0,8975
	Estressores ruins	QV/Func Psicol	-0,016	-0,001 (0,005)	-0,12	0,0003			
	Coping Adapt	QV/Func Psicol	-0,020	-0,001 (0,006)	-0,15	0,0004			
<b>1. Conjunta</b>	Estressores ruins	QV/Func Psicol	-0,014	-0,001 (0,005)	-0,10	0,0006			
	Coping Adapt	QV/Func Psicol	-0,018	-0,001 (0,006)	-0,13				
2. Isolada	Estressores ruins	Coping Não-Adapt	0,094	0,080 (0,117)	0,69	0,0088	0,57	0,44	p=0,3066
	Estressores ruins	QV/Func Psicol	-0,016	-0,001 (0,005)	-0,12	0,0003			
	Coping Não-Adapt	QV/Func Psicol	0,139	0,006 (0,006)	1,02	0,0193			
<b>2. Conjunta</b>	Estressores ruins	QV/Func Psicol	-0,029	-0,001 (0,005)	-0,22	0,0201			
	Coping Não-Adapt	QV/Func Psicol	0,142	0,006 (0,006)	1,04				
3. Isolada	Estressores ruins	Coping Total	0,159	0,178 (0,152)	1,17	0,0252	0,58	0,47	p=0,4819
	Estressores ruins	QV/Func Psicol	-0,016	-0,001 (0,005)	-0,12	0,0003			
	Coping Total	QV/Func Psicol	0,092	0,003 (0,004)	0,68	0,0085			
<b>3. Conjunta</b>	Estressores ruins	QV/Func Psicol	-0,032	-0,001 (0,005)	-0,23	0,0095			
	Coping Total	QV/Func Psicol	0,097	0,003 (0,004)	0,70				
4. Isolada	Estressores RSQ	Coping Adapt	0,161	2,128 (1,797)	1,18	0,0258	-0,14	-0,11	p=0,6437
	Estressores RSQ	QV/Func Psicol	0,251	0,152 (0,081)	1,89	0,0628			
	Coping Adapt	QV/Func Psicol	-0,020	-0,001 (0,006)	-0,15	0,0004			
<b>4. Conjunta</b>	Estressores RSQ	QV/Func Psicol	0,261	0,158 (0,082)	1,94	0,0666			
	Coping Adapt	QV/Func Psicol	-0,062	-0,003 (0,006)	-0,46				
5. Isolada	Estressores RSQ	Coping Não-Adapt	0,369	5,440 (1,882)	<b>2,89</b>	0,1362	0,96	0,91	p=0,7094
	Estressores RSQ	QV/Func Psicol	0,251	0,152 (0,081)	1,89	0,0628			
	Coping Não-Adapt	QV/Func Psicol	0,139	0,006 (0,006)	1,02	0,0193			
<b>5. Conjunta</b>	Estressores RSQ	QV/Func Psicol	0,231	0,140 (0,087)	1,62	0,0653			
	Coping Não-Adapt	QV/Func Psicol	0,054	0,002 (0,006)	0,37				
6. Isolada	Estressores RSQ	Coping Total	0,393	7,567 (2,435)	<b>3,11</b>	0,1541	0,66	0,63	p=0,9609
	Estressores RSQ	QV/Func Psicol	0,251	0,152 (0,081)	1,89	0,0628			
	Coping Total	QV/Func Psicol	0,092	0,003 (0,004)	0,68	0,0085			
<b>6. Conjunta</b>	Estressores RSQ	QV/Func Psicol	0,254	0,154 (0,088)	1,75	0,0629			
	Coping Total	QV/Func Psicol	-0,007	-0,001 (0,005)	-0,05				

\* Valores de  $|t| > 1,96$  são considerados significativos para  $P < 0,05$ . Testes de Sobel e Aroian  $> 1,96$  são significativos segundo referência de Vieira (2008).



## **ANEXOS**

**ANEXO A**  
**ESCALA FACES DE DOR- REVISADA [FPS-R]**  
(Charry et al., 2014)

**Portuguese (Brazil)**

Estas caras mostram o quanto alguma coisa pode doer. Esta cara [aponte para a face mais a esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] ate chegar a esta [aponte para a face mais a direita] que mostra muita dor. Aponte para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento].

Alternate:

Estas faces mostram o quanto algo pode doer. Esta face (apontar a face mais a esquerda) indica não dor. As faces mostram cada vez mais dor (apontar para cada uma das faces da esquerda para a direita) ate chegar a esta face (apontar a face mais a direita) que mostra muita dor. Aponte a face que mostra o quanto voce sente dor (neste exato momento)

Pontue a face escolhida como 0, 2, 4, 6, 8 ou 10, contando da esquerda para a direita; sendo 0 = sem dor e 10 = com muita dor. Não use palavras como “alegre” ou “triste”.

Esta escala tem por objetivo medir como as crianças se sentem internamente e não como aparentam estar.

Translation credit: Claudia Ligia Esperanza Charry Poveda, Jose Aparecido Da Silva, Paola Passareli, Joseane dos Santos, Maria Beatriz Martins Linhares, University of Sao Paulo, Brazil



## ANEXO B

### ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISA – ABEP

Critérios de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2013)



CRITÉRIO  
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA  
BRASIL

ABEP  
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

#### SISTEMA DE PONTOS

##### Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

##### Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior Incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

#### CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

## ANEXO C

### EXEMPLOS DOS ITENS QUE COMPÕEM A ESCALA DE EVENTOS PERCEBIDOS PARA ADOLESCENTES – APES

(Connor-Smith et al., 2000)

Copyright © 2000 Bruce Compas. All rights reserved.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_

#### Inventário de Percepção de Eventos

**Instruções:** Nas páginas seguintes, encontra-se uma lista de eventos que podem ou não ter acontecido com você. Alguns desses são eventos que já aconteceram com quase todo mundo, enquanto outros somente ocorrem de vez em quando e nem sempre com todo mundo. Decida se você já teve cada uma dessas experiências nos últimos seis meses. **Se o evento aconteceu com você nos últimos seis (6) meses, marque um “X” na linha do lado esquerdo do evento.** Para cada evento que de fato aconteceu, decida quão desejável este evento foi (se foi bom ou ruim quando aconteceu com você).

**Nível de Agradabilidade (Desejabilidade):** Bons eventos (desejáveis) são os agradáveis, que nos deixam felizes, enquanto os ruins (indesejáveis) são os que nos aborrecem ou nos fazem sentir com medo, tristes ou bravos. **Usando os números da escala abaixo, escolha o número que melhor descreva o quão desejável (bom) cada evento foi para você, anote o número no espaço na linha do lado direito do evento.**

Extremamente Ruim	Muito Ruim	Um tanto quanto ruim	Um pouco ruim	Nem bom nem ruim	Um pouco bom	Um tanto bom	Muito bom	Extremamente Bom
(-4)	(-3)	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)

	1. Hobbies ou atividades como: assistir T.V., ler, tocar um instrumento musical, etc.	
	2. Fazer coisas / passar tempo com pessoas da família.	
	3. Passar tempo conversando com namorado / namorada.	
	4. Namorar ou fazer coisas com pessoas do sexo oposto.	
	5. Sentir-se pressionado por amigos (amigos esperando que você faça certas coisas ou aja de uma maneira específica).	
	6. Pais, familiares, padrastos ou madrastas se mudarem da sua casa ou para sua casa.	
	7. Ajudar outras pessoas.	
	8. Brigar ou ter problemas com um amigo.	
	9. Restrições em casa (ter que chegar em casa em um horário específico ou não ter permissão para fazer em casa algo que você gostaria).	

10. Morte de uma pessoa da família.	
11. Gravidez de uma pessoa da família ou uma pessoa da família teve um bebê.	
12. Ir para a escola.	
13. Hospitalização de uma pessoa da família	
14. Apaixonar-se ou começar um relacionamento com um namorado / namorada.	
15. Relacionamento ruim entre as pessoas da família e amigos (eles não se dão bem ).	
16. Ir mal em uma prova ou trabalho escolar.	
17. Conversar ou dividir sentimentos com amigos.	
18. Ficar perto de pessoas sem consideração (desrespeitosas) ou que te ofendem (pessoas rudes, agressivas).	
19. Prisão de uma pessoa da família.	
20. Envolver-se em problemas na escola ou ser suspenso da escola.	
21. Abusos, brigas ou discussões com colegas ou outros alunos na escola.	
22. Problemas financeiros ou preocupações relacionadas a dinheiro.	
23. Ter notas ou boletins escolares ruins.	
24. Ter aulas ou professores ruins.	
25. Preocupações emocionais (sentir-se depressivo, inseguro, com oscilações de humor).	
26. Ir na igreja.	
27. Conhecer pessoas novas.	
28. Casamento de um dos seus pais.	
29. Ter poucos amigos ou nenhum amigo.	
30. Discussões entre os pais.	
31. Ter boas notas e bons boletins na escola.	
32. Ter boas aulas e bons professores.	
33. Beber álcool ou usar drogas.	
34. Entender as aulas ou o dever de casa.	
35. Mudança no relacionamento com namorado / namorada.	
36. Mudança no relacionamento(s) com pessoas da família.	
37. Mudança no relacionamento(s) com amigo(s).	
38. Pressões ou expectativas dos pais (seus pais querem que você faça algo ou se comporte de uma determinada maneira).	
39. Visitar um de seus pais que não mora com você.	
40. Planos que não deram certo (uma viagem que não aconteceu ou algo que você esperava fazer e não ocorreu).	
41. Visitar parentes.	
42. Ir a festas, bailes, shows, etc.	
43. Amigos ficando bêbados ou usando drogas.	
44. Morte de um parente.	
45. Obrigações em casa (atividades que você tem que fazer em casa ).	
46. Passar tempo sozinho.	
47. Pessoas da família com problemas emocionais (estar muito triste, preocupado, etc. )	
48. Amigo ou pessoa da família se recuperando de uma doença ou de um machucado.	
49. Brigas ou problemas com namorado / namorada.	
50. Algo ruim acontecer a um amigo.	
51. Mudança nos privilégios ou responsabilidades em casa (mudanças no que você tem permissão para fazer ou tem obrigação de fazer).	
52. Mudanças na saúde de uma pessoa da família ou parente.	
53. Mudança na saúde de um amigo.	
54. Mudança no número de amigos (fazer novos amigos ou perder amigos).	

55. Seus pais descobrirem algo que você não queria que eles soubessem.	
56. Irmão ou irmã noivando ou casando.	
57. Irmão ou irmã se separando ou se divorciando.	
58. Não passar tempo suficiente com membros da família ou amigos.	
59. Mudança de emprego ou de escola de uma pessoa da família (desistência da escola, começar um emprego novo, etc.).	
60. Passar de ano na escola (começar uma nova série/ano).	
61. Viver somente com um de seus pais.	
62. Conversar no telefone.	
63. Discussões ou longas conversas com seus pais.	
64. Estudar ou fazer lição de casa.	
65. Tomar conta de irmão(s) ou irmã(s) mais novo.	
66. Problemas ou discussões com pais, irmãos, ou familiares.	
67. Problemas ou discussões com professor ou diretor da escola.	
68. Passar tempo em casa	
69. Ser o primeiro da turma ou ter algum outro bom desempenho escolar.	
70. Sentimentos negativos ou preocupar-se com a própria aparência (imagem).	
71. Sentimentos negativos ou preocupar-se com saúde pessoal.	
72. Fazer tarefas domésticas.	
73. Algo bom acontecer a um amigo.	
74. Pessoas da família ou parentes usando álcool ou drogas.	
75. Terminar o namoro ou ser rejeitado por um namorado/namorada.	
76. Morte de um amigo.	
77. A família de mudança para uma nova casa.	
78. Um dos pais perder o emprego.	
79. Voltar para a escola depois das férias ou feriado prolongado.	
80. Pais se divorciando.	
81. Não se dar bem com um dos pais de um amigo.	
82. Sair-se bem em uma prova ou trabalho escolar.	
83. Passar tempo (relaxando ou saindo) com amigos.	
84. Amigo(s) se mudando ou você se mudando para longe dos amigo(s).	
85. Ser punido pelos pais.	
86. Estar apaixonado ou ter um relacionamento com um namorado/namorada.	
87. Não ter um namorado/namorada.	
88. Amigo com problemas emocionais (estar muito chateado, etc. ).	
89. Uma amiga engravidando ou tendo um filho.	

**ANEXO D**  
**COPING RESPONSE BOOKLET (CRB)**  
**(Escala de Coping de Estressores da Adolescência)**  
*Coping Response Booklet (Justo, 2013, p. 109)*

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Orientação para a aplicação do CRB:

“Eu vou ler para você uma breve história que descreve uma determinada situação. Gostaria que você se imaginasse vivenciando esta situação, mesmo que ela não seja algo que ocorra atualmente em sua vida. Após a leitura da situação, eu farei algumas perguntas sobre como você se sentiria e agiria diante desta situação. Lembre-se, eu quero que você se imagine na situação, sendo a pessoa que esta vivendo esta situação”.

**Situação 1:** Na semana passada, você contou um segredo para o seu amigo. Disse que nunca havia contado aquilo para mais ninguém e resolveu contar para ele porque gostaria de ter a opinião de um amigo de confiança sobre o problema. Você pediu para seu amigo manter em segredo absoluto e ele prometeu isso a você. Ontem, você observou esse seu amigo conversando com outros colegas da escola durante o intervalo e, hoje, um desses colegas veio lhe dizer que ele e todos os outros alunos da escola já estavam sabendo do seu segredo.

**Situação 2:** Há 15 dias, você foi convidado para participar de uma festa em uma chácara. Você quer muito ir a esta festa porque todos os seus amigos estarão lá, além de ser uma ocasião muito especial. Você pediu para seus pais deixarem você ir nesta festa, mas eles não gostaram da ideia, por ser uma chácara. Nos últimos dias, você tem insistido muito com seus pais para ir à festa. Então, eles disseram que deixaria você ir se você estudasse mais em casa e, por isso, você passou a estudar um pouco mais nestes últimos dias. Hoje é o dia da festa, você está certo que seus pais deixarão você ir. Você vai falar com eles um pouco antes do horário da festa, mas eles dizem que você não irá.

**Situação 3:** Você nunca curtiu brincadeiras com seus colegas que envolvessem agressões físicas ou verbais. Sempre teve um relacionamento tranquilo, sem humilhação, gozações ou agressões. Recentemente, você mudou de escola e tem se relacionado com uma nova turma. Nos últimos dias, você tem observado alguns comportamentos de seus colegas que não tem te agradado, pois eles pegam pesado nas brincadeiras e agredem outras pessoas na escola. Agora, eles parecem ter percebido que você não gosta dessas brincadeiras e tem te pressionado a agir da mesma forma que eles e, muitas vezes, criam situações para te empurrar para a briga. Você sabe que o que eles fazem com os outros poderão fazer com você também.

**Situação 1: ....**

Se isso estivesse acontecendo com você, \_\_\_\_\_

1. Quanto TRISTE você se sentiria?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

2. Quanto MEDO você sentiria?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

3. Quanto CAPAZ (competente) você se sentiria?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

4. Quanto INTERESSADO você se sentiria?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

5. Quanta RAIVA você sentiria?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

6. Quanto CUIDADO você se sentiria?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

7. Quanto você poderia MUDAR o que estava acontecendo?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

8. Quanto você conseguiria lidar com esta situação sozinho?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	---------------------

9. Quanto você buscaria apoio ou ajuda de alguém próximo a você (por exemplo: professor, pais) para lidar com esta situação?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

10. Quanto você trabalharia para resolver o problema?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

11. Quanto você buscaria encontrar mais informações sobre a situação?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

12. Quanto você acabaria aceitando a situação?



<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

13. Quanto você tentaria resolver a situação com a outra pessoa ou com as pessoas envolvidas?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

14. Quanto você preferiria deixar alguém lidar com a situação para você?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

15. Quanto você prefere sair da situação e ficar sozinho?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

16. Quanto você sente que não pode fazer mais nada com relação à situação?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

17. Quanto você quer ficar longe da situação o mais rápido possível?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	Mais ou Menos	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	---------------	-----------------	------------------------

18. Quanto você sente como se não valesse a pena tentar lidar com a situação?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

19. Quanto você luta para mudar a situação?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou Menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	-----------------	----------------------	-----------------	------------------------

20. Quanto você quer sair da situação ou fugir?

<b>Eu definitivamente NÃO QUERO sair</b>	<b>Eu gostaria de sair UM POUCO</b>	<b>Eu gostaria BASTANTE de sair</b>	<b>Eu definitivamente QUERO sair</b>
--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

21. Quanto você é capaz de imaginar que você é a pessoa da situação?

<b>Nem um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Definitivamente</b>
---------------------	----------------------	-----------------	------------------------

Fonte: Justo (2013, p.109), adaptado de Lees, (2007, p. 279)

Tabela 31. *MCT-12* (Lees, 2007, p. 294)

Famílias de <i>Coping</i>	Questões
Autoconfiança	Quanto você conseguiria lidar com esta situação sozinho?
Busca de suporte	Quanto você buscaria apoio ou ajuda de alguém próximo a você (por exemplo: professor, pais) para lidar com esta situação?
Resolução de problemas	Quanto você trabalharia para resolver o problema?
Busca de informações	Quanto você buscaria encontrar mais informações sobre a situação?
Acomodação	Quanto você acabaria aceitando a situação?
Negociação	Quanto você tentaria resolver a situação com a outra pessoa ou com as pessoas envolvidas?
Delegação	Quanto você preferiria deixar alguém lidar com a situação para você?
Isolamento	Quanto você prefere sair da situação e ficar sozinho?
Desamparo	Quanto você sente que não pode fazer mais nada com relação à situação?
Fuga	Quanto você quer ficar longe da situação o mais rápido possível?
Submissão	Quanto você sente como se não valesse a pena tentar lidar com a situação?
Oposição	Quanto você luta para mudar a situação?

Tabela 32. *Definições das Famílias de Coping*

Famílias de Coping	Definições
Autoconfiança	Proteger recursos sociais disponíveis por meio da regulação da emoção, regulação do comportamento, expressão emocional e aproximação emocional.
Busca de suporte	Usar recursos sociais disponíveis por meio da busca de contato, busca de conforto, auxílio instrumental e apoio espiritual.
Resolução de problemas	Ajustar ações para ser eficaz, incluindo estratégias, ações instrumentais e planejamento.
Busca de informações	Procura contingências adicionais tais como leitura, observação e perguntas aos outros.
Acomodação	Ajuste flexível de preferências às opções disponíveis por meio da distração, reestruturação cognitiva, minimização e aceitação.
Negociação	Encontrar novas opções por meio do uso de persuasão, negociação e estabelecimento de prioridades.
Delegação	Limitação no uso de recursos por meio da busca de suporte mal, reclamação, lamentação e autopiedade.
Isolamento	Afastamento de contextos sociais não apoiadores por meio do afastamento social, da dissimulação e evitação.
Desamparo	Encontrar limites para a ação por meio de confusão, interferência cognitiva e exaustão cognitiva.
Fuga	Fugir de ambientes não contingentes por meio do evitação mental, evitação comportamental, negação e pensamento desejado.
Submissão	Desistir de preferências por meio de ruminação, pensamentos intrusivos, perseverança rígida.
Oposição	Remover obstáculos por meio da projeção, de agressões e delegando a culpa ao outro.

*Fonte.* Ramos (2012, tradução livre de Skinner et al., 2003, p.63, para uso em pesquisa).

## ANEXO E

### EXEMPLOS DE ITENS QUE COMPÕEM O QUESTIONÁRIO DE RESPOSTAS AO ESTRESSE – DOR DE CABEÇA

Copyright © 2000 Bruce Compas. All rights reserved.

IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

#### RESPOSTAS AO ESTRESSE [DOR DE CABEÇA]

Esta é uma lista de situações e sentimentos relacionada à dor de cabeça, que adolescentes às vezes acham estressantes ou têm problemas para lidar. Por favor, circule o número que indica o quanto estressante as seguintes coisas têm sido para você nos últimos 6 meses.

	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
a. Estresse na escola	1	2	3	4
b. Estresse em casa / família	1	2	3	4
c. Chorar				
d. Conflitos, dúvidas	1	2	3	4
e. Discussões	1	2	3	4
f. Preocupações	1	2	3	4
g. Provocações	1	2	3	4
h. Injustiça	1	2	3	4
i. Sentir-se ansioso	1	2	3	4
j. Perturbação na sala aula	1	2	3	4
k. Pressão escolar, excesso de tarefas	1	2	3	4
l. Sentir-me triste	1	2	3	4
m.				

**Pense em todos os estressores da dor de cabeça que você indicou acima.** Para cada um dos itens abaixo, circule **um** número de 1 (nunca) a 4 (sempre) que mostre o quanto você faz ou sente estas coisas quando você tem os problemas com os ESTRESSORES como os que você indicou acima. Por favor, nos informe sobre tudo que você faz, pensa e sente, mesmo que você ache que não ajuda a melhorar as coisas.

## LIDANDO COM DORES DE CABEÇA

	O quanto você faz isso:			
	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Eu <b>tento</b> não sentir absolutamente nada.	1	2	3	4
2. Pensar sobre dores de cabeça ataca o meu estômago e faz com que eu tenha dor de cabeça.	1	2	3	4
3. Eu tento pensar em outras maneiras para amenizar a dor de cabeça ou fazê-la ir embora.	1	2	3	4
<b>Escreva uma das maneiras pensada por você:</b>				
_____				
_____				
4. Quando estou com dor de cabeça, não sinto nenhuma emoção. É como se eu não tivesse sentimentos.	1	2	3	4
5. Eu gostaria de ser mais forte e menos sensível. Desta forma, tudo seria diferente.	1	2	3	4

## LIDANDO COM DORES DE CABEÇA

	O quanto você faz isso:			
	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
6. Sempre penso em como seria se eu não tivesse dor de cabeça ou não paro de pensar em quando terei uma novamente.	1	2	3	4
7. Eu faço com que alguém ou alguma coisa saiba como eu me sinto. <i>(lembre-se de circular um número)</i>	1	2	3	4
→				
<b>Marque todos aqueles com quem você falou:</b>				
<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Animal de estimação <input type="checkbox"/> Médico / Enfermeira <input type="checkbox"/> Professor <input type="checkbox"/> Deus <input type="checkbox"/> Bicho de pelúcia <input type="checkbox"/> Outro membro da família <input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas acima				
8. Decidi que estou bem do jeito que sou, mesmo que eu tenha muitas dores de cabeça.	1	2	3	4
9. Quando estou com outras pessoas, ajo como se estivesse bem.	1	2	3	4
10. Eu <b>preciso</b> me distanciar de todos quando estou com dores de cabeça; não consigo me controlar.	1	2	3	4
11. Eu lido com dores de cabeça desejando que elas parem e que tudo se resolvesse por si só.	1	2	3	4
12. Fico muito agitado(a) quando estou com dores de cabeça.	1	2	3	4
13. Cheguei à conclusão que eu devo conviver com as situações do jeito que elas são.	1	2	3	4
14. Quando estou com dor de cabeça, <b>não consigo</b> ficar perto de nada que me faça lembrar o quão doente eu me sinto.	1	2	3	4
15. Eu tento não pensar em dor de cabeça; esquecê-la por completo.	1	2	3	4
16. Quando estou com dores de cabeça, não consigo identificar minhas emoções.	1	2	3	4

17. Quando estou com dor de cabeça, eu peço ajuda ou algumas ideias de como me sentir melhor. (lembre-se de circular um número) →

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

**Marque todos aqueles com quem você falou:**

- Pais     Amigo     Irmão/Irmã     Animal de estimação     Médico / Enfermeira  
 Professor     Deus     Bicho de pelúcia     Outro membro da família     Nenhuma das respostas acima

18. Quando estou com dor de cabeça, **não consigo** parar de pensar nela ao tentar dormir, ou tenho pesadelos sobre dores de cabeça.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

19. Eu digo para mim que eu serei capaz de superar isto, ou que eu ficarei bem e farei melhor futuramente.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

20. Eu ponho os meus sentimentos para fora. (lembre-se de circular um número) →

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

**Eu faço isto da seguinte forma: (Marque tudo o que você faz):**

- Escrevendo no meu diário.     Desenhando/Pintando.  
 Reclamando.     Sendo sarcástico(a)/Fazendo brincadeiras.  
 Ouvindo música.     Esmurrando o travesseiro.  
 Fazendo exercícios.     Gritando.  
 Chorando.     Nenhuma das respostas acima.

21. Eu busco ajuda das pessoas quando estou tentando descobrir como lidar com minhas emoções. (lembre-se de circular um número) →

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

**Marque todos aqueles com quem você falou:**

- Pais     Amigo     Irmão/Irmã     Animal de estimação     Médico / Enfermeira  
 Professor     Deus     Bicho de pelúcia     Outro membro da família     Nenhuma das respostas acima

22. Eu **não consigo** encarar o fato de que eu tenho dor de cabeça.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

23. Eu gostaria que alguém fosse capaz de fazer com que minha cabeça melhorasse.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

Você está na metade do caminho! Lembre-se de responder as questões pensando em como você se sente quando está com dor de cabeça.

## LIDANDO COM DORES DE CABEÇA

**O quanto você faz isso:**

Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
-------	----------	--------------	--------

24. Eu tento curar a minha dor de cabeça ou ajo para modificá-la.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

**Escreva uma coisa que você já fez:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Pensamentos relacionados às dores de cabeça simplesmente surgem na minha cabeça.

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

26. Quando eu tenho dores de cabeça, sinto mudanças em outras partes do corpo. (lembre-se de circular um número) →

	1	2	3	4
--	---	---	---	---

**Marque tudo o que acontece:**

- Meu coração dispara.       Minha respiração acelera.       Nenhuma das respostas acima.  
 Eu me sinto febril e suado(a).       Meus músculos se enrijecem.

27. Eu **tento** ficar longe das pessoas e coisas que me chateiam ou que me fazem lembrar das dores de cabeça.      1      2      3      4

28. Eu não me sinto eu mesmo(a) quando estou com dor de cabeça; é como se eu estivesse distante de tudo.      1      2      3      4

29. Eu recebo as situações do jeito que elas são; simplesmente sigo o fluxo.      1      2      3      4

30. Penso em coisas felizes para evitar pensar na dor de cabeça ou em minhas emoções.      1      2      3      4

31. Quando tenho dores de cabeça **não paro** de pensar em como estou me sentindo.      1      2      3      4

32. Eu recebo compaixão, compreensão e apoio de alguém. (*lembre-se de circular um número*) →      1      2      3      4

**Marque todos aqueles de quem você recebe:**

- Pais       Amigo       Professor  
 Médico / Enfermeira       Irmão/Irmã       Nenhuma das respostas acima

33. Geralmente, quando estou com dor de cabeça, **não consigo** controlar o que faço. (*lembre-se de circular um número*) →      1      2      3      4

**Marque tudo o que acontece:**

- Não paro de comer.       Não paro de falar.       Nenhuma das anteriores.  
 Ajo perigosamente.       Preciso resolver/conferir tudo.

34. Eu falo para mim que as coisas poderiam ser piores.      1      2      3      4

35. Eu não consigo pensar em nada quando estou com dor de cabeça; “dá um branco”.      1      2      3      4

36. Eu digo para mim que nada disto importa e que não faz diferença.      1      2      3      4

37. Quando estou com dor de cabeça eu, imediatamente, sinto: (*lembre-se de circular um número*) →      1      2      3      4

**Marque tudo o que você sente:**

- Com raiva.       Triste.       Nenhuma das anteriores.  
 Preocupado(a)/Ansioso(a).       Com medo.

38. É muito difícil me concentrar ou prestar atenção a algo quando estou com dor de cabeça.      1      2      3      4

39. Quando estou com dor de cabeça, eu penso em tudo aquilo que estou aprendendo com a situação, ou que algo de bom sairá disto.      1      2      3      4

40. Depois que a dor de cabeça passa, **não consigo** parar de pensar em como me senti.      1      2      3      4

41. Quando estou com dor de cabeça, eu costumo pensar “isto não é real”.      1      2      3      4

42. Quando estou com dor de cabeça, eu costumo dormir muito ou fico simplesmente deitado (a), sem fazer nada.      1      2      3      4

43. Tento esquecer a dor de cabeça realizando atividades: (*lembre-se de circular um número*) →      1      2      3      4

**Marque tudo o que você faz:**

- Realizando exercícios.    Visitando amigos.    Assistindo televisão.  
 Jogando *video game*.    Fazendo um hobby.    Nenhuma das respostas anteriores.

44. Quando estou com dor de cabeça, eu me chateio por coisas que geralmente não me deixariam chateado (a).      1      2      3      4

45. Algumas atividades me acalmam quando estou com dor de cabeça. (*lembre-se de circular um número*) →      1      2      3      4

**Marque tudo o que você faz:**

- Respiro profundamente.    Faço orações.    Caminho.    Nenhuma das respostas anteriores.  
 Ouço música.    Descanso.    Medito.

46. Eu simplesmente fico sem ação quando estou com dor de cabeça; **não consigo** fazer absolutamente nada.      1      2      3      4

47. Algumas vezes, quando estou com dor de cabeça, eu ajo sem pensar.      1      2      3      4

48. Eu consigo manter o controle sobre os meus sentimentos quando eu preciso, e os ponho para fora quando eles não serão capazes de piorar a situação.      1      2      3      4

49. Quando estou com dor de cabeça, eu não consigo fazer as coisas que eu deveria.      1      2      3      4

50. Eu digo para mim que tudo vai ficar bem.      1      2      3      4

51. Quando estou com dor de cabeça, eu **não paro** de pensar no porquê tenho essas dores.      1      2      3      4

52. Eu penso em maneiras de rir da situação da dor de cabeça para que ela não pareça tão ruim.      1      2      3      4

53. Minha cabeça fica a mil quando eu tenho dor de cabeça.      1      2      3      4

54. Quando tenho dor de cabeça, eu tento imaginar algo realmente divertido ou excitante acontecendo.      1      2      3      4

55. Quando eu tenho uma dor de cabeça muito ruim, eu me sinto tão chateado (a) que não consigo lembrar o que aconteceu ou o que eu fiz.      1      2      3      4

56. Eu tento acreditar que nada aconteceu.      1      2      3      4

57. Algumas vezes, quando estou com dor de cabeça, **não consigo** controlar o que falo ou faço.      1      2      3      4

*Obrigada! Sua participação é muito importante!*



**ANEXO F**  
**E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO DO USO DO RSQ-HEADACHE**

On Wed, Dec 4, 2013 at 9:33 AM, Vivian Mascella <[vivian.mascella@hotmail.com](mailto:vivian.mascella@hotmail.com)> wrote:

Dear Ellen Williams,

My name is Vivian Mascella, I am a psychologist and doctoral student in psychology (follow the link from my university in Brazil - PUC-Campinas).  
<http://www.puc-campinas.edu.br/>

I'm interested in using the RQS headache on my PhD research with adolescents with headache, but have not found the link of the material. Please can you send me by email? I have also ask permission to translate it and use it in my research. I await response! Thank you!

Vivian Mascella

---

Date: Thu, 19 Dec 2013 11:52:17 -0600  
Subject: Re: RQS headache  
From: [ellen.k.williams@vanderbilt.edu](mailto:ellen.k.williams@vanderbilt.edu)  
To: [vivian.mascella@hotmail.com](mailto:vivian.mascella@hotmail.com)

Hello,

Sorry for the delayed response and thank you for your interest in the Response to Stress Questionnaire!

We do have a version of the RSQ for headaches. This version addresses how adolescents cope with having headaches, it does not ask about the stress that might lead to headaches. If you are interest in the types of stress that lead to headaches, I will guide you to another version of the RSQ. If you are interested in how adolescents cope with the event of having headaches, the RSQ Headache version will fit your research.

In order for a version of the RSQ to be translated, we do require a forward translation and a back translation. We ask for a copy of the Portuguese translation for our files as well as the back translation, which we will then approve to ensure the validity of the measure.

I have attached a word document of the Child Self Report Headache version of the RSQ.

Once you have translated the Headache version of the RSQ, I will send you the SPSS syntax available for use when scoring and the codebook of RSQ variable names for the RSQ associated with the syntax for the child's self report. This should help you set up your dataset and score your data.

We look forward to hearing from you again and are excited about your prospective addition to the coping literature! Let me know if you have any additional questions.

Thank you,

Ellen Williams

**RE: RQS headache**

De: **Vivian Mascella** (vivian.mascella@hotmail.com)

Enviada:terça-feira, 7 de janeiro de 2014 17:08:39

Para: Ellen K. Williams (ellen.k.williams@vanderbilt.edu)

Hello Ellen Williams, how are you?

Sorry for the delay in responding, I was traveling on vacation.

Please, what are other versions that you have to assess both the stressors of headache in adolescents, as well as how to deal with the headache. You can send me?

Once I have the translations I send you.

Thank you,

Vivian Mascella

## ANEXO G

### QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PARA JOVENS COM DOR DE CABEÇA

Questionário *Quality of Life Headache-Youth- QLH-Y* (Silva et al., 2013)  
Versão em português do Brasil

Nome:

Idade:

Data do preenchimento deste questionário:

Responda cada uma das questões com sua opinião própria. Você pode não ter mais que uma resposta por questão. É muito importante que você responda TODAS as questões.

Quanta satisfação que você teve semana passada em relação a sua vida em geral?  
Dê sua resposta para esta questão desenhando um "X" na linha. O quanto mais satisfeito você esteve em relação a sua vida, mais a direita você deve desenhar o "X". Quanto mais insatisfeito você esteve em relação a sua vida, mais para a esquerda você deve desenhar o "X".

EXEMPLO:

Quanta satisfação que você teve semana passada em relação aos programas de televisão?



AGORA RESPONDA:

Quanta satisfação você teve semana passada com sua vida em geral?

Marque um "X" na linha abaixo.

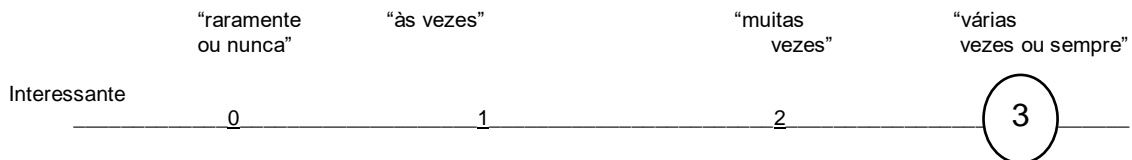


Nós gostaríamos de saber a frequência de cada uma destas situações aplicadas a você na SEMANA PASSADA. Circule ao redor da resposta que se encaixa mais próximo da sua situação.

EXEMPLO:

Se você achou que na semana passada aquele programa de televisão foi "várias vezes ou sempre" interessante, desenhe um círculo ao redor do número 3.

Semana passada, eu achei os programas de televisão:



RESPONDA

Semana passada eu estava me sentindo:

		Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Várias vezes ou sempre
1.	Esgotado	0	1	2	3
2.	Nervoso	0	1	2	3
3.	Apavorado	0	1	2	3
4.	Cansado	0	1	2	3
5.	Tenso	0	1	2	3
6.	No final da minha força	0	1	2	3
7.	Tranquilo	0	1	2	3
8.	Preocupado	0	1	2	3
9.	Insignificante	0	1	2	3
10.	Bem	0	1	2	3
11.	Desgastado	0	1	2	3
12.	Ansioso	0	1	2	3
13.	Satisfeito	0	1	2	3
14.	Feliz	0	1	2	3
15.	Incerto	0	1	2	3
16.	Desesperado	0	1	2	3
17.	Cheio de energia	0	1	2	3
18.	Ativo	0	1	2	3
19.	Forte	0	1	2	3
20.	Relaxado	0	1	2	3

Dê uma resposta que se encaixe mais próximo da sua situação SEMANA PASSADA:

		Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Várias vezes ou Sempre
21.	Particpei de atividade na minha casa em que todos puderam participar.	0	1	2	3
22.	Eu me dei bem com (um dos) meus pais.	0	1	2	3
23.	Eu poderia falar com (um dos) meus pais sobre coisas pessoais ou problemas.	0	1	2	3
24.	Eu me dei bem com (um dos) meus irmãos ou irmãs.	0	1	2	3
25.	Eu poderia falar com (um dos) meus irmãos.	0	1	2	3
26.	Eu me diverti com jovens da minha idade.	0	1	2	3
27.	Eu poderia falar com um amigo sobre coisas pessoais ou problemas.	0	1	2	3
28.	Eu fiz algumas atividades com jovens da minha idade, como esportes, ir ao cinema, sair etc.	0	1	2	3
29.	Meus resultados escolares ou resultados no trabalho foram bons.	0	1	2	3

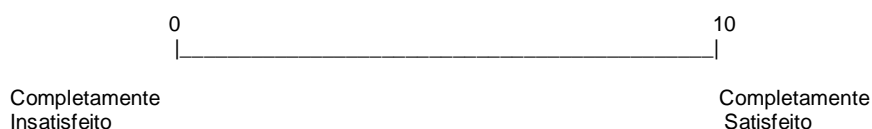
(Continuação)

		Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Várias vezes ou sempre
30.	Eu resolvi meu dever (de casa) a tempo.	0	1	2	3
31.	Eu me diverti na escola ou no trabalho.	0	1	2	3
32.	Eu não dormi bem.	0	1	2	3
33.	Eu não senti vontade de fazer nada.	0	1	2	3
34.	Eu me senti depressivo.	0	1	2	3
35.	Quando eu acordei, eu pensei sobre coisas boas a vir.	0	1	2	3
36.	Eu não me senti bem.	0	1	2	3
37.	Eu pensei que tenho uma boa vida.	0	1	2	3
38.	Eu pensei que no futuro eu teria uma boa casa e um bom emprego e seria capaz de conseguir dinheiro suficiente.	0	1	2	3
39.	Eu pensei que tudo vai ficar bem.	0	1	2	3
40.	Eu me senti alegre.	0	1	2	3
41.	Eu pensei que eu jamais serei alguém no futuro porque eu não sou bom em nada.	0	1	2	3
42.	Eu pensei que eu iria ser feliz no futuro.	0	1	2	3
43.	Eu tive a sensação de eu não me adapto quanto os jovens da minha idade estão ocupados com algo de bom.	0	1	2	3
44.	Geralmente, eu estava de bom humor.	0	1	2	3

Responda esta questão do mesmo jeito que a primeira no começo deste questionário: Marque um "X" na linha.

RESPONDA:

O quanto você esteve satisfeito com sua saúde na semana passada?



SEMANA PASSADA eu estava incomodado por:

		Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Várias vezes ou sempre
45.	Dor de barriga.	0	1	2	3
46.	Dificuldade para dormir.	0	1	2	3
47.	Me sentir cansado.	0	1	2	3
48.	Sentir que eu ia ficar doente (enjoado).	0	1	2	3

(Continuação)

		Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Várias vezes ou sempre
49.	Tensão muscular.	0	1	2	3
50.	Sentir que meu coração estava batendo muito rápido.	0	1	2	3
51.	Dor nos olhos ao ler.	0	1	2	3
52.	Sentir tontura.	0	1	2	3
53.	Dores de cabeça.	0	1	2	3
54.	Me sentir fraco.	0	1	2	3

As questões seguintes são relacionadas com o modo que as dores de cabeça interferiram em você na semana passada. Se você NÃO SENTIU DOR DE CABEÇA na semana passada. Neste caso, desenhe círculos ao redor do número 0.

Para responder as questões, desenhe um círculo ao redor de um dos quatro números no final de cada questão. Os números agora significam:

0= “de jeito nenhum”; 1= “pouco”; 2= “mais ou menos”; 3= “muito”.

		De jeito nenhum	Pouco	Mais ou menos	Muito
55.	Meu passatempo.	0	1	2	3
56.	Meu trabalho.	0	1	2	3
57.	Meus passeios.	0	1	2	3
58.	Minha relação com meus pais, ou irmãos ou irmãs.	0	1	2	3
59.	Minha relação com meus amigos.	0	1	2	3
60.	Meu sono ou meus horários para dormir.	0	1	2	3
61.	Meu apetite.	0	1	2	3
62.	Minha habilidade em ler.	0	1	2	3
63.	Memorizar alguma coisa que eu tenha lido.	0	1	2	3
64.	Pensar sobre as coisas.	0	1	2	3
65.	Escutar música.	0	1	2	3
66.	Andar de bicicleta.	0	1	2	3
67.	Fazer atividades esportivas.	0	1	2	3
68.	Assistir televisão.	0	1	2	3

Este é o fim do questionário. Por favor, confira cuidadosamente se você não esqueceu nenhuma questão ou deu mais de uma resposta a uma questão. Obrigado pela sua colaboração.

## ANEXO H

### Parecer Consubstanciado do CEP número 771.275



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Queixas de dor de cabeça em adolescentes: Estressores, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida.

**Pesquisador:** Vivian Mascella

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 34230914.0.0000.5481

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 771.275

**Data da Relatoria:** 27/08/2014

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado em psicologia que aborda um tema relevante relacionado à saúde, bem estar e qualidade de vida do adolescente pois se propõe estudar os fatores e estratégias de enfrentamento associados à dor de cabeça, sintoma que pode contribuir para o estress pertinente a esta fase de vida. Os sujeitos da pesquisa serão selecionados a partir de um universo de 900 estudantes matriculados no 9º Ano do Ensino Fundamental e 1º, 2º e 3º Ano do Ensino Médio da Escola Estadual Professor "Genésio Machado", localizada em Sorocaba, SP. Sendo que destes serão incluídos apenas aqueles que apresentam queixas de dores de cabeça, cujos pais assinarem o Termo de consentimento Livre e Esclarecido e que estejam realmente interessados em participar, demonstrando interesse a partir da assinatura de um termo de assentimento.

##### Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar os eventos estressores e o enfrentamento da dor de cabeça em adolescentes, em suas relações com a qualidade de vida desses jovens. Junto a este objetivo primário, apresenta uma série de objetivos secundários como: (1) Identificar, descrever e analisar os eventos estressores da adolescência; (2) Identificar, descrever e analisar os desencadeadores da dor de cabeça em adolescentes; (3) Identificar, descrever e analisar a qualidade de vida de adolescentes com queixa de dor de cabeça; (4) Identificar, descrever e analisar as estratégias de

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136  
Bairro: Parque das Universidades CEP: 13.086-900  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br

enfrentamento (EE) de adolescentes com queixa de dor de cabeça; entre outros.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto aborda adequadamente a questão de riscos afirmando que poderá haver um risco mínimo de alguma expressão emocional mais profunda. Neste caso, a pesquisadora, que é psicóloga, estará à disposição dos participantes para qualquer intervenção psicológica que se faça necessária. Como benefícios os participantes terão o benefício direto de um momento de escuta individual e a possibilidade de se apropriarem de estratégias de enfrentamento para o manejo da dor. Os resultados das avaliações do grupo estarão disponíveis para a escola após o término da tese, podendo-se indicar os casos com indicadores de risco para problemas emocionais para a escolar encaminhar a outros profissionais, a critério dos participantes e responsáveis.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto muito bem elaborado que se propõe a realizar a pesquisa em uma série de etapas incluindo a validação de um instrumento traduzido. Apresenta detalhadamente as etapas e toda a documentação necessária para a sua análise. Como resultados esperados acreditam os pesquisadores que poderão identificar os principais desencadeadores das queixas de dor de cabeça, os estressores da adolescência, a qualidade de vida e quais as principais estratégias de enfrentamento da dor que o adolescente utiliza para lidar com a dor e a relação que existe entre essas variáveis.

Considerando-se o número de testes a serem aplicados, a pesquisadora aborda apropriadamente o tema e de forma ampla, permitindo que vários aspectos da qualidade de vida do adolescente sejam abordados. Adicionalmente prevê que poderá enfrentar problemas quanto ao número de participantes, pois não há uma previsão do número de adolescentes que apresentarão dores de cabeça e é possível que aconteçam desistências, já que a avaliação, que é bastante detalhada, será feita em 3 seções.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados o Termo de consentimento Livre e esclarecido para concordância dos pais e um termo de assentimento para os filhos menores de idade. Adicionalmente apresenta folha de rosto devidamente assinada pela Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação. Além disso apresenta como anexo ao projeto (na versão completa do projeto) uma carta de aprovação da pesquisa, devidamente assinada pela Diretora da Escola. Apresenta também, em vários anexos, todos os questionários e testes que serão aplicados.





Continuação do Parecer: 771.275

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

CAMPINAS, 29 de Agosto de 2014

---

**Assinado por:  
David Bianchini  
(Coordenador)**

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136  
Bairro: Parque das Universidades CEP: 13.086-900  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Página 03 de 03