

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

ERIKA PLONCZYNSKI LOPES

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E CONFIABILIDADE DO
HEADACHE SCREENING QUESTIONNAIRE PARA A LÍNGUA PORTUGUESA
DO BRASIL

São Carlos

2020

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

ERIKA PLONCZYNSKI LOPES

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E CONFIABILIDADE DO
HEADACHE SCREENING QUESTIONNAIRE PARA A LÍNGUA PORTUGUESA
DO BRASIL**

ERIKA PLONCZYNSKI LOPES

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Fisioterapia.

Orientação: **Prof^a Dr^a Ana Beatriz de Oliveira**

Co-orientação: **Prof^a Dr^a Letícia Bojikian Calixtre**

Apoio Financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

São Carlos

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Erika Plonczynski Lopes, realizada em 20/02/2020:

Prof. Dra. Ana Beatriz de Oliveira
UFSCar

Prof. Dra. Mariana Árias Avila Vera
UFSCar

Prof. Dr. Thais Cristina Chaves
USP

Dedicatória

Dedico esse trabalho aos meus pais, Kátia e Celso, os maiores guias que me levaram no colo durante toda a vida. Ao meu marido, Gabriel, grande incentivador que nunca deixou que me faltasse um café nas madrugadas. Ao meu avô Antônio, *in memoriam*, com todo o amor do mundo.

“Aqui, no entanto, nós não olhamos para trás por muito tempo. Nós continuamos seguindo em frente, abrindo novas portas e fazendo coisas novas, porque somos curiosos ... e a curiosidade continua nos conduzindo por novos caminhos. Siga em frente.”

(Walt Disney)

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, Celso e Kátia, pela minha formação pessoal, por todo amor, apoio e por nunca medirem esforços para lutar por minha educação. A irmã, Núbia, por se minha parceira e cúmplice e zelar por mim nos momentos difíceis. À minha madrinha, Nancy, por ser um exemplo em nunca parar de estudar, por sempre estar preocupada e disposta ajudar inclusive nos diversos apoios financeiros. Ao Marido, Gabriel, pelo apoio todos os dias, por cada revisão de textos, imagem, por ser quem mais acredita em mim e sempre levantar minha moral para continuar nessa empreitada.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Ana Beatriz que aceitou receber-me no seu grupo sem me conhecer, e me conduziu com muita paciência, sendo sempre muito humana. À minha coorientadora Letícia Calixtre por sempre prontamente me guiar pela mão, com muito carinho, por todo o caminho, pelo exemplo de profissional que você, pelo companheirismo. Vocês, com toda a competência foram peça chave para essa realização.

A professora Paula Camargo por me ter aberto as portas da UFSCar e pelas contínuas oportunidades de aprendizagem e aperfeiçoamento. Externo também o meu agradecimento a todos os Professores da UFSCar que com muito profissionalismo e dedicação auxiliaram na construção de uma nova forma de visão crítica do mundo e da profissão.

Gostaria de acrescentar minha gratidão da Universidade Federal de São Carlos por me proporcionar a oportunidade de vivenciar o crescimento acadêmico e principalmente pessoal. As Colaboradoras de estudo: Profa Daniela Godoy, Profa Corine Visscher, e Hedwig van der Meer pela prontidão e expressivas contribuições ao andamento e finalização desse projeto.

Aos membros da banca, pela disponibilidade em ofertar suas contribuições ao aperfeiçoamento desse projeto.

Aos amigos de laboratório, Marina Cid, Decristin Barbieri e Roberta Padovez, por fazerem a carga do dia a dia mais leve, mas nunca entediante. Em especial ao amigo Luiz Brusaca por incontáveis vezes auxiliar a encontrar a resposta aos desafios desse projeto. Enche-me de orgulho de participar de uma equipe competente como esta.

As amigas sem fronteiras Heid Bassalo, Carolina Petersen e Beatriz Cesário que me acolhem nas migrações de volta as origens e se fazem presente na distância com todo o apoio.

Ao Chiquinho e à Luciana Regitano por tão prontamente acolherem em suas vidas com tanto carinho. Ao Henrique Regitano e Felipe Navascues pela incansável parceria, geralmente em torno de pratos maravilhosos. Vocês são presentes de São Carlos e uma família longe do lar. Seria impossível chegar aqui sem vocês.

Aos amigos Bruno Lorenzi e Athais Goulart auxilia em vários momentos desde o início, à Vitória Seixas pelo companheirismo e por me presentear com a música, tão essencial à minha saúde mental.

Aos voluntários dos estudos pelo tempo e confiança. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento desse projeto.

A Deus, meus guias e mestres.

RESUMO

Cefaleias estão entre as doenças mais prevalentes na população. Contudo, o diagnóstico e tratamento específicos ainda representam um desafio para o sistema público de saúde. O Headache Screening Questionnaire (HSQ) foi desenvolvido e validado na Holanda para uso clínico, com o objetivo de fornecer aos profissionais de saúde uma ferramenta capaz de triar os dois tipos de cefaleias primárias mais frequentes: a migrânea e a cefaleia do tipo tensional. Esta ferramenta encontra-se, atualmente, disponível em Holandês e Inglês. Diante desse cenário, o objetivo dessa dissertação é iniciar o processo que viabilize a utilização do HSQ pela população brasileira, a partir da tradução e adaptação transcultural do HSQ para a língua portuguesa do Brasil e do estudo de confiabilidade da versão produzida. A tradução e adaptação transcultural seguiram o processo de tradução, síntese, retrotradução, comitê de peritos e pré-teste. A fase de tradução contou com dois tradutores independentes, que tinham como primeira língua o português brasileiro e eram fluentes em holandês. A retrotradução contou com dois holandeses, com língua-mãe Holandesa e fluentes em português do Brasil. Para verificar a compreensão que a população brasileira teve do questionário, 60 sujeitos (73,3% mulheres) com dor de cabeça e maiores de 18 anos responderam ao questionário e foram entrevistados (pré-teste). A confiabilidade teste re-teste foi avaliada por meio da análise Kappa das respostas e resultados de 84 sujeitos (63,1% mulheres), que responderam ao questionário em dois dias diferentes, com o mínimo de 7 dias de intervalo entre eles. Os resultados do pré-teste demonstraram que todos os itens apresentaram mais de 90% de compreensão por parte dos sujeitos. O estudo de confiabilidade demonstrou valores Kappa entre 0,59 e 0,9 para os itens da versão brasileira do HSQ, com resultados de 0,80 para os diagnósticos de cefaleia do tipo tensional e 0,88 para os diagnósticos de migrânea. O HSQ foi traduzido e transculturalmente adaptado de forma satisfatória e apresenta reprodutibilidade com níveis maiores que moderados. Estudos futuros devem investigar a validade da versão produzida.

Palavras-chave: Adaptação transcultural, Cefaleia, Cefaleia do tipo tensão, Migrânea, Questionário, Teste re-teste.

ABSTRACT

Headaches are among the most prevalent diseases in the population. However, specific diagnosis and treatment are still challenging for the public health system. The Headache Screening Questionnaire (HSQ) was developed and validated in the Netherlands for clinical use, to provide health professionals with a tool capable of screening the two most common primary headache types: migraine and tension-type headache. This tool is currently available in Dutch and English. Given this scenario, the objective of this dissertation is to start the process that enables the use of the HSQ by the Brazilian population, based on the translation and cross-cultural adaptation of HSQ into Brazilian Portuguese and the reliability study of the produced version. Translation and cross-cultural adaptation followed the process of translation, synthesis, back-translation, committee of experts and pre-test. The translation phase included two independent translators, whose first language was Brazilian Portuguese and were fluent in Dutch. The back-translation had two Dutch, with Dutch mother language and fluent in Brazilian Portuguese. To verify the understanding that the Brazilian population had of the questionnaire, 60 subjects (73.3% women) with headache and over 18 years old answered the questionnaire and were interviewed (pre-test). The test re-test reliability was assessed through the Kappa analysis of the answers and results of 84 subjects (63.1% women), who fulfilled the questionnaires in two different days, with a minimum of 7 days between them. The results of the pre-test showed that all items had more than 90% of understanding by the subjects. The reliability study showed Kappa values between 0.59 and 0.9 for items in the Brazilian version of HSQ, with results of 0.80 for tension-type headache diagnoses and 0.88 for migraine. The HSQ has been translated and cross-culturally adapted in a satisfactory manner and has reproducibility at higher than moderate levels. Future studies should investigate the validity of the version produced.

Keyword: Cross-cultural adaptation, Headache, Migraine, Questionnaire, Tension-type headache, Test Re-test

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ICHD-3: Classificação internacional de Cefaleia 3ª edição

COSMIN: COnsensus - based Standards for the selection of health Measurement
INstruments

HSQ: *Headache Screanning Questionnaire*

CTT: Cefaleia do tipo tensão

T1: Tradução 1

T2: Tradução 2

T12: Versão de síntese

BT1: Retrotradução 1

BT2: Retrotradução 2

HSQ - BR: Questionário para triagem de cefaleia - versão brasileira

ICC: Coeficiente de correlação interclasse

CI: intervalo de confiança

IQ: interquartil

Lista de figuras

- Figura 1.** T1: tradutor 1; T2: tradutor 2; RT1: retro-tradutor 1; RT2: retro-tradutor 2; V1: versão 1; V2: versão 2; V3: versão 3; V4: versão 4; V5 versão 5; V6: versão 6. 21
- Figura 2.** Versão final do HSQ-BR. 25

Lista de Tabelas

Tabela 1.	27
Tabela 2	38
Tabela 3	38
Tabela 4	38

Sumário

1.0 Contextualização	14
2.0 Estudo 1	17
2.1 INTRODUÇÃO	18
2.2 MÉTODO	20
2.2.1 Configuração	20
2.2.2 Modelo	20
2.2.3 HSQ	20
2.2.4 Procedimentos	21
2.2.5 Pré-teste da versão pré-final	22
2.3 RESULTADOS	24
2.4 DISCUSSÃO	27
3.0 DESDOBRAMENTOS DO ESTUDO 1	31
4.0 Estudo 2	33
4.1 INTRODUÇÃO	34
4.2 MÉTODO	35
4.2.1 Participantes	35
4.2.2 Procedimentos	35
4.2.3 Análise estatística	36
4.3 RESULTADOS	37
5.0 CONCLUSÕES	39
REFERENCIAS	40

1.0 Contextualização

As cefaleias são definidas pela Sociedade Internacional de Cefaleias como “dor superior à linha orbitomeatal” (ICHD-3, 2018). Elas são inicialmente divididas em cefaleias primárias e secundárias, sendo que as primárias compreendem os casos nos quais a cefaleia é o próprio transtorno. Nas secundárias a cefaleia é advinda de uma doença de base, como cefaleia secundária à infecção, à rinosinusite, a alterações cervicais (cefaleia cervicogênica), uso excessivo de medicamentos, entre outras citadas ao longo desta dissertação (ICHD-3, 2018).

Algumas cefaleias primárias, como a migrânea e a cefaleia do tipo tensão, figuram entre as condições dolorosas mais prevalentes e incapacitantes nas populações brasileira e mundial (QUEIROZ; SILVA JUNIOR, 2015b; RICE; SMITH; BLYTH, 2016a; STEINER, 2005; STEINER; STOVNER; VOS, 2016; STOVNER et al., 2007).

A migrânea é descrita como uma cefaleia na qual a intensidade da dor varia de moderada a grave. Tem característica unilateral e pulsátil, podendo estar acompanhada de sintomas, como fotofobia, fonofobia e náusea (ICHD-3, 2018). Uma das classificações da migrânea é quanto à frequência dos episódios. Quando os episódios de migrânea ocorrem por 15 dias ou mais no mês, a migrânea é caracterizada como crônica. Episódios de migrânea por menos de 15 dias a caracterizam como episódica (ICHD-3, 2018). Outra classificação da migrânea é quanto à presença ou ausência de aura (ICHD-3, 2018). A aura corresponde a uma série de sintomas unilaterais visuais, sensoriais ou que afetem sistemas oriundos do sistema nervoso central, como alterações da fala e linguagem (ICHD-3, 2018). São reversíveis e costumam durar alguns minutos podendo preceder os sintomas da cefaleia migranosa. Ela atinge 15,8% da população do Brasil, representando o quarto transtorno mais prevalente na população brasileira e o terceiro mais prevalente do mundo (RICE; SMITH; BLYTH, 2016a).

A cefaleia do tipo tensão (CTT) tem por característica a dor pericraniana e acionada durante a palpação e pressão firme dos músculos pericranianos (frontal, temporal, esplênio, trapézio, esternocleidomastóideo, masseter e pterigóideo). A intensidade da dor varia de leve a moderada, geralmente bilateral e dura de alguns minutos a alguns dias, descrita como dor em pressão ou aperto. Ela não é acompanhada por náusea, exceto CTT crônica pela mas pode causar fonofobia ou fotofobia (ICHD-3, 2018). Estudos apontam a CTT como o segundo transtorno mais prevalente no mundo (22%), tendo atingido 1.6 bilhão de indivíduos em 2016 (RICE; SMITH; BLYTH, 2016a).

A CTT possui uma classificação em relação à frequência de seus episódios, sendo ela cefaleia do tipo tensão episódica infrequente, cefaleia do tipo tensão episódica frequente e cefaleia do tipo tensão crônica. A cefaleia do tipo tensão episódica infrequente, segundo a 3ª edição da classificação internacional das cefaleias (ICHD-3, 2018), ocorre menos de uma vez ao mês ao longo de um ano (ICHD-3, 2018). Segundo a ICHD-3 trata-se de uma cefaleia comumente experimentada pela população e que raramente requer tratamento medicamentoso. A classificação de episódica infrequente permite, portanto, classificar esta cefaleia sem sugerir necessidade de tratamento. Na cefaleia do tipo tensão episódica frequente os episódios ocorrem de 1 a 14 dias/mês por mais de 3 meses. Por fim, na cefaleia do tipo tensão crônica os episódios são persistentes e diários e podem ocorrer episódios associados a náusea leve (ICHD-3, 2018).

Os mecanismos da CTT são desconhecidos. Entretanto, estima-se que as cefaleias do tipo tensão episódica infrequente e frequente têm mecanismos periféricos e a cefaleia do tipo tensão crônica tem mecanismos centrais. Ademais, o diagnóstico entre a CTT e as formas leves da migrânea sem aura é um desafio recorrente, ainda mais por essas duas cefaleias comumente serem encontradas em um mesmo paciente (ICHD-3, 2018).

A identificação das cefaleias tem-se mostrado desafiadora (KANIECKI, 2015; PERES et al., 2019; VIANA et al., 2019; YI et al., 2005). No Brasil, indivíduos que sofrem com migrânea demoram cerca de 17 anos entre o primeiro sintoma e o atendimento especializado (PERES et al., 2019). No Brasil, Chile, México, Argentina, Uruguai, Itália e Moldávia, apenas cerca de 28% dos sujeitos com migrânea sabiam que tinham esse tipo de cefaleia ao chegarem no atendimento especializado, mesmo já tendo passado por outros profissionais. Esses dados mostram que existe uma dificuldade na identificação de cefaleias por profissionais não especialistas.

Com o objetivo de alterar esse cenário, van der Meer e colaboradores desenvolveram e validaram, na Holanda, o Headache Screening Questionnaire (HSQ) (VAN DER MEER et al., 2017). O HSQ é uma ferramenta de relato para triar migrânea e CTT. Foi criada tanto para ser utilizada por qualquer profissional de saúde e como para no contexto clínico. A ferramenta tem um potencial importante para permitir que os pacientes sejam encaminhados para atendimentos especializados, quando necessário, e, sobretudo, permitir que recebam tratamento adequado de acordo com a cefaleia que apresentam. Nesse contexto, a presente dissertação está centrada em estudos que iniciem o processo de viabilização do uso do HSQ no Brasil. Para isso foram desenvolvidos dois estudos – o primeiro é apresentado em sua forma completa e o segundo

compreende resultados parciais. O desenvolvimento desses estudos contou com a colaboração da Profa Dra. Daniela Aparecida Godoi Gonçalves, da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus de Araraquara; da Profa Dra. Corine Visscher e da MSc. Hedwig van de Meer ambas do Academic Centre for Dentistry Amsterdam. O Estudo 1 consiste na tradução e adaptação transcultural do HSQ para a língua portuguesa do Brasil, tendo como objetivo produzir uma versão do HSQ compreensível para a população brasileira (HSQ-BR). O manuscrito referente a este estudo foi submetido para publicação no periódico *Brazilian Journal of Physical Therapy* (BJPT). O Estudo 2 visa avaliar a confiabilidade teste-reteste do HSQ-BR e de cada um de seus itens, com o objetivo de averiguar a sua reprodutibilidade. É importante salientar que para que a versão do HSQ aqui apresentada possa ser utilizada no Brasil ainda faz-se necessária a avaliação das demais propriedades psicométricas dessa ferramenta. Esse estudo está em andamento e será disponibilizado futuramente para dar suporte ao uso do HSQ.

A seguir apresentamos o manuscrito “Tradução e adaptação transcultural do Headache Screanning Questionnaire para a língua do Brasil” (Estudo 1).

2.0 Estudo 1

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO “HEADACHE SCREENING QUESTIONNAIRE” PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

**Erika Plonczynski Lopes, Leticia Bojikian Calixtre, Daniela Godoi Gonçalves, Hedwig
van der Meer, Corine Mirjam Visscher, Ana Beatriz Oliveira**

**Manuscrito submetido para publicação ao periódico *Brazilian Journal of
Physical Therapy* (BJPT) em fevereiro de 2020**

2.1 INTRODUÇÃO

As cefaleias estão entre as condições dolorosas mais incapacitantes em todo o mundo, sendo responsáveis por um fluxo constante de pessoas que visitam uma ampla variedade de profissionais de saúde (PERES et al., 2019; QUEIROZ; SILVA JUNIOR, 2015a; SAYLOR; STEINER, 2018; STEINER; STOVNER; VOS, 2016). O custo anual para o tratamento de cefaleias chegou a 173 bilhões de euros na Europa (LINDE et al., 2012) e alcançou US\$ 140.388.469,60 em 2003 para o sistema público de saúde brasileiro, logo sem considerar o custo individual e do sistema privado (BIGAL et al., 2003).

As cefaleias são divididas em cefaleias primárias e secundárias. Cefaleias secundárias são aquelas onde a cefaleia é um sintoma causado por outra condição de saúde, como disfunções do pescoço, disfunção temporomandibular ou tumores. As dores de cabeça primárias, por outro lado, são uma doença em si, não um sintoma de outro distúrbio (ICHD-3, 2018). Exemplos de dores de cabeça primárias são a migrânea e a cefaleia do tipo tensão (CTT). A CTT é a segunda condição crônica mais frequente e alcançou 1,6 bilhão de casos em 2016 (RICE; SMITH; BLYTH, 2016a). Além disso, migrânea e CTT são frequentemente concomitantes, 32% dos pacientes com a migrânea diagnosticada também preenche os critérios para CTT (KANIECKI, 2015).

Dores de cabeça primárias são difíceis de diagnosticar, uma vez que o padrão-ouro de diagnóstico é a entrevista clínica, conduzida por um médico com experiência no uso da Classificação Internacional de Dor de Cabeça (ICHD-3, 2018), para julgar o histórico do paciente (ICHD-3, 2018; RICE; SMITH; BLYTH, 2016a; STEINER et al., 2019b). Assim o diagnóstico depende da experiência do médico.

Considerando a alta prevalência de dores de cabeça, a segunda edição da *Aids to management of headache disorders in primary care* recomenda que a identificação e gerenciamento de cefaleias devem ser realizados nesse setor - atenção primária (STEINER et al., 2019b). No entanto, dados de 1161 indivíduos com migrânea, que buscaram 17 centros especializados em cefaleia de 7 países (Brasil, Chile, México, Argentina, Uruguai, Itália e Moldávia), mostram que apenas 28% desses pacientes já sabiam que suas cefaleias eram do tipo migrêneas previamente à sua chegada na unidade especializada. Destaca-se que todos esses pacientes já haviam procurado anteriormente pelo menos um médico de cuidados primários em função de suas queixas de cefaleia (VIANA et al., 2019). Neste estudo observou-se que profissionais não especializados geralmente identificam mal a migrânea e a confundem com

distúrbios concomitantes, como CTT, sinusite, alergias e dor cervical (VIANA et al., 2019). Além disso, eles também observaram que, para obter um diagnóstico, 76% dos pacientes foram submetidos a exames de imagem do encéfalo e/ou da coluna cervical. No Brasil essa taxa foi ainda maior - 81,2% dos sujeitos (VIANA et al., 2019). Estes dados sugerem que uma grande proporção de profissionais não especializados suspeita incorretamente de cefaleia cervicogênica (VIANA et al., 2019), que é uma condição com critérios de classificação baseados em testes clínicos (SJAASTAD; FREDRIKSEN, 2000). Além disso, sugere-se que os profissionais estejam ignorando a presença de "bandeiras vermelhas" durante a avaliação, que devem ser os únicos casos de prescrição de exames de imagem, levando a despesas desnecessárias e aumentar a dose de radiação a qual a população é exposta (DO et al., 2019; KOWACS et al., 2019).

Pacientes com cefaleia primária frequentemente recorrem à automedicação e ao uso indiscriminado de analgésicos, enquanto o tratamento preventivo é raramente utilizado (FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS; CUADRADO; PAREJA, 2006; FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS; CUADRADO, 2016; MARINHO et al., 2018; VIANA et al., 2019). Além dos médicos, outros membros da equipe multidisciplinar atuam conjuntamente para o tratamento dos pacientes com cefaleia, como fisioterapeutas e dentistas (KOWACS et al., 2019; STEINER et al., 2019b; VIANA et al., 2019). Alguns estudos mostraram evidências sobre a redução da intensidade da dor após protocolos de intervenção baseados em terapia manual para tratar pacientes com CTT (FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS; CUADRADO, 2016; MESA-JIMÉNEZ et al., 2015). Contudo, a falta de eficiência no diagnóstico desafia o estabelecimento de um plano de tratamento adequado (FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS; CUADRADO; PAREJA, 2006; VIANA et al., 2019). Para resolver um problema semelhante, um grupo de pesquisa da Holanda criou um questionário chamado *Headache Screening Questionário* (HSQ), baseado no ICHD-3 e desenvolvido para triar pacientes com migrânea e CTT (VAN DER MEER et al., 2017).

Diferente de outros questionários, criados para serem usados para fins de pesquisa (AYZENBERG et al., 2011; FRITSCHÉ et al., 2007) ou apenas para migrânea (LIPTON et al., 2003; VALENTINIS et al., 2009), o HSQ foi desenvolvido para fins clínicos e para ser utilizado por qualquer profissional de saúde (VAN DER MEER et al., 2017). A ferramenta ainda apresentou propriedades psicométricas apropriadas. A verificação de sua validade de critério foi determinada por comparação ao padrão-ouro de diagnóstico (ICHD-3 aplicado por um

neurologista), atingindo sensibilidade de 0,89 e 0,92 para provável migrânea e provável CTT, respectivamente, e especificidade de 0,54 e 0,48 para provável migrânea e provável CTT, respectivamente. Foi encontrada sensibilidade 0,69 e 0,36 para migrânea e CTT respectivamente e especificidade 0,90 e 0,86 para migrânea e CTT.

Estudos de tradução e adaptação transcultural permitem que clínicos e pesquisadores tenham ferramentas com a mesma medida do constructo entre culturas distintas, além de economizarem os recursos da criação de uma nova ferramenta para a mesma finalidade (MAHER; LATIMER; COSTA, 2007).

Assim, ter uma versão brasileira do HSQ pode aumentar as chances dos brasileiros que sofrem com cefaleia de receberem uma avaliação adequada e, subsequentemente, um tratamento apropriado. A fim de garantir a equivalência entre a versão original e a traduzida do questionário utilizamos a metodologia de Beaton et al. (2000), que garante as equivalências entre as versões por meio da reunião do comitê de peritos. Portanto, o objetivo do presente estudo é traduzir o HSQ para a língua portuguesa do Brasil e adaptá-lo à cultura da população brasileira.

2.2 MÉTODO

2.2.1 Configuração

O estudo foi realizado no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos.

2.2.2 Modelo

Estudo metodológico constituído pela tradução e adaptação transcultural do questionário HSQ à língua portuguesa do Brasil.

2.2.3 HSQ

O HSQ é um questionário de dez itens, com dois algoritmos para calcular seus resultados, sendo um para migrânea e outro para CTT. Ambos variam de 0 a 8. As respostas do sujeito devem ser aplicadas nos dois algoritmos individualmente, ao atingir a pontuação igual a seis, o paciente é diagnosticado com provável migrânea ou provável CTT - de acordo com o algoritmo que está sendo pontuado. O escore igual a oito caracteriza uma triagem positiva para

migrânea ou CTT. O algoritmo também pode classificar a migrânea como episódica ou crônica e o CTT como episódica infrequente, episódica frequente e crônico (VAN DER MEER et al., 2017).

2.2.4 Procedimentos

Inicialmente os autores da versão original do HSQ (HSQ-DV) foram contatados para permissão e para confirmar a originalidade do estudo. O Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos aprovou o estudo (CAE: 03873318.4.0000.5504). A diretriz de Beaton et al. (2000), que recomenda que o processo de tradução e adaptação transcultural deve seguir cinco etapas: tradução, síntese, retrotradução, revisão do comitê de peritos e pré-teste.

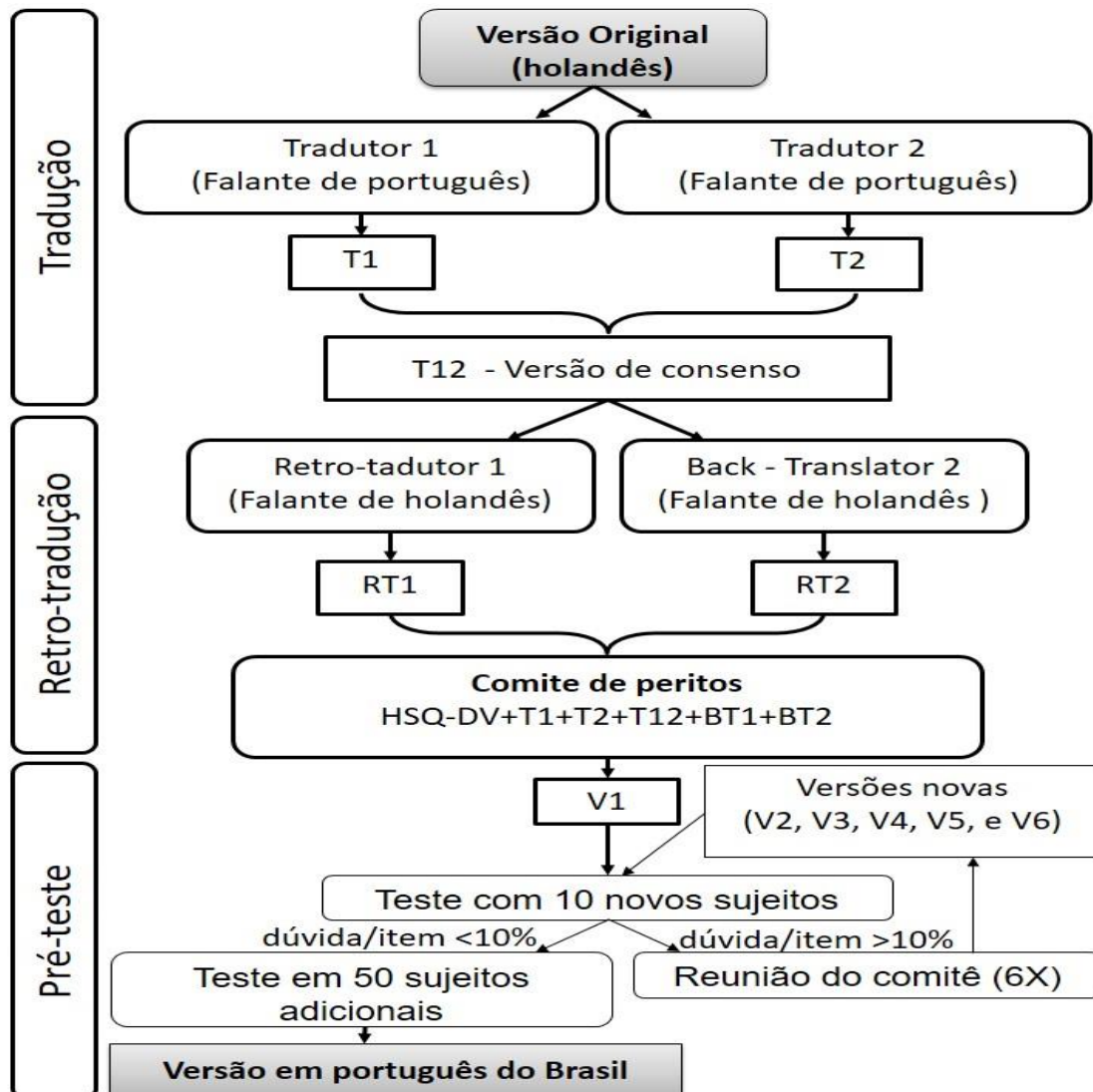


Figura 1: T1: tradutor 1; T2: tradutor 2; RT1: retro-tradutor 1; RT2: retro-tradutor 2; V1: versão 1; V2: versão 2; V3: versão 3; V4: versão 4; V5: versão 5; V6: versão 6.

Dois tradutores independentes brasileiros, fluentes em holandês, traduziram o HSQ-DV do holandês para o português do Brasil. Um deles estava ciente da finalidade do questionário (T1), enquanto o outro o tradutor (T2) não possuía experiência na área médica e não foi informado sobre o conteúdo do questionário. Na segunda fase, as versões do HSQ criadas pelos dois tradutores (T1 e T2) foram analisadas em uma reunião de consenso com a participação dos tradutores e de um juiz de síntese. Esta reunião produziu, no final, a versão de consenso da tradução do HSQ em português do Brasil (T12).

A retrotradução consistiu na tradução do HSQ (T12) para o holandês, feita por dois novos tradutores independentes (BT1 e BT2). Eles eram holandeses fluentes na língua portuguesa. Além disso, ambos não foram informados sobre os objetivos do questionário e seu título. Posteriormente, foi estabelecida a reunião do comitê de peritos para realizar as adaptações necessárias. O comitê foi composto pelos membros da reunião de síntese, os retrotradutores, dois especialistas em dor de cabeça (um dentista e um neurologista), um metodologista, um linguista, um membro do grupo de desenvolvedores da ferramenta original e um membro da população alvo. A participação deste último visou garantir que a linguagem do questionário estivesse adequada à população. Um documento incluindo os itens da versão original (HSQ-DV) e também todas as traduções (T1, T2, T12, BT1 e BT2) do HSQ foi enviado para os membros do comitê alguns dias antes da reunião. Para garantir a adaptação cultural, durante a reunião, o comitê de especialistas deliberou sobre semântica, equivalência idiomática, experimental e conceitual, modificando itens e instruções inadequados e pouco claros do questionário e algoritmos. Nesta reunião, a primeira versão pré-final (V1) do HSQ em português do Brasil foi criada.

2.2.5 Pré-teste da versão pré-final

Para testar a versão pré-final seguimos uma sugestão de Tavares e colaboradores (TAVARES, 2014) e realizamos uma primeira análise de compreensão da ferramenta a partir da aplicação e entrevista com 10 sujeitos. Os sujeitos foram convidados a ler e responder a versão brasileira pré-final do HSQ (V1) e outros questionários apresentados a seguir. O pesquisador então aplicou uma entrevista semi-estruturada para verificar se havia alguma dúvida sobre os itens e alternativas do questionário, em relação à compreensão da linguagem e ao conteúdo. Inicialmente a entrevista semi-estruturada questionava ao sujeito quanto à existência de algum item que lhe houvesse gerado dúvida, se as questões eram simples e se

todos os termos eram de conhecimento do voluntário. A entrevista seguia questionando a compreensão de cada um dos 10 itens por meio de uma escala Likert 0 (não entendeu o item) a 5 (não tinha dúvida). Essa escala foi aplicada para que o voluntário refletisse sobre cada item. Respostas diferentes de 5 classificavam o item como não compreendido. Itens com menos de 90% de compreensão foram discutidos pelo comitê - ou seja, quando mais de 10% dos sujeitos não tivessem compreendido o mesmo item (2 a cada 10 sujeitos). Nesse caso era gerada uma nova versão pré-final do questionário. Todos os sujeitos que responderam a versão anterior do questionário eram excluídos e um novo pré-teste era reiniciado com novos 10 indivíduos. Este procedimento foi realizado 6 vezes (Figura 1). Portanto, seis versões pré-finais (V1, V2, V3, V4, V5 e V6) foram criadas e os sujeitos que responderam as versões de V1-V5 foram excluídos da amostra final do estudo. Quando todos os itens do questionário obtiveram 90% de compreensão entre 10 sujeitos (V6), os testes continuaram até atingir o total de 60 voluntários. A compreensão da amostra foi então avaliada e cada item deveria manter escore de compreensão superior a 90%. O tamanho da amostra de 60 sujeitos foi estabelecido seguindo a recomendação do *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) de 5-7 indivíduos por item do questionário (PRINSEN et al., 2018). Escolhemos este método para evitar a perda total da amostra caso algum item necessitasse ser reformulado repetidamente – o que de fato ocorreu.

Os sujeitos foram recrutados por convite verbal e digital. Apenas sujeitos maiores de 18 anos com queixa de cefaleia, residentes em São Carlos e região foram incluídos. Indivíduos com interpretação do texto ou capacidade cognitiva reduzidas, verificada a partir do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BERTOLUCCI et al., 1994) e do teste de compreensão de texto (PROLEC-T) (PINHEIRO et al., 2017), foram excluídos da amostra. Os sujeitos que não foram incluídos no estudo foram aqueles com: alguma doença neurológica, remissão da cefaleia nos últimos 3 meses devido à possível dificuldade de recordarem claramente dos sintomas, pacientes com dificuldades de comunicação.

O PROLEC-T é uma ferramenta projetada para verificar a compreensão da leitura (PINHEIRO et al., 2017). É constituído por 36 frases incompletas com cinco palavras como alternativas para completar cada frase (PINHEIRO et al., 2017). O participante deve escolher a palavra que monte uma frase com sentido. Quanto maior o número de frases completas com sucesso em cinco minutos, maior a pontuação obtida. Os índices de pontuação variam de acordo com a idade. Para este estudo, foi considerado como critério de inclusão na amostra a pontuação

mínima de 23 respostas corretas. Este é o ponto de corte para ser classificado com capacidade média de leitura aos 11 anos (PINHEIRO et al., 2017). Consideramos esse escore uma vez que, segundo o COSMIN, o questionário deve ser compreensível para uma pessoa de 12 anos (PRINSEN et al., 2018).

O MEEM é uma ferramenta para verificar a função cognitiva que pode ser pontuada de 0 a 30 pontos. De acordo com o nível educacional do sujeito uma pontuação mínima diferente é esperada. Para os sujeitos que não sabem ler, a pontuação mínima aceita foi 13, para aqueles com baixa ou média escolaridade era de 18 e para aqueles com alto nível educacional era 26 (BERTOLUCCI et al., 1994). Além disso, os voluntários preencheram um questionário demográfico, com perguntas sobre idade, sexo, nível educacional e naturalidade; um questionário para verificar estabilidade clínica baseada na escala numérica de dor (END); o Questionário Nórdico de Sintomas Musculoesqueléticos (NMQ) (DE BARROS; ALEXANDRE, 2003) para verificar a existência de outras áreas dolorosas e o questionário HIT-6 para avaliar a impacto da dor de cabeça (KOSINSKI et al., 2003).

O HIT-6 é composto por 6 perguntas referentes ao impacto da cefaleia na vida do sujeito. Cada pergunta deve ser respondida por meio de uma escala Likert de 5 pontos (6 = nunca, 8 = raramente, 10 = às vezes, 11 = muitas vezes, 13 = sempre). A pontuação varia entre 36 e 78, sendo que quanto maior o resultado maior o impacto. Resultados até 49 representam nenhum ou baixo impacto; entre 50 e 55 representam algum impacto; entre 56 e 59 representam impacto substancial e maior que 60 alto impacto. Em um estudo prévio, o HIT-6 apresentou ICC de 0,76, alpha de Cronbach de 0,75 e correlação entre itens de 0,45 (KOSINSKI et al., 2003).

Por fim, foi decidido não excluir os analfabetos da amostra pré-teste, pois representam 6,8% (11,3 milhões de sujeitos) da população brasileira com mais de 18 anos, segundo dados de 2018 (IBGE, 2019). Assim, se o sujeito não pudesse ler, mas tivesse sua capacidade cognitiva preservada, verificada pelo de MEEM e demonstrasse entendimento adequado das sentenças lidas no teste PROLEC-T, seria incluído na amostra e o pesquisador leria todas as perguntas para eles sem fornecer explicações.

2.3 RESULTADOS

Os resultados das etapas de tradução estão descritos no material suplementar 1 (T1, T2 e T12 versões do questionário). Os resultados da fase de retrotradução (BT1 e BT2) estão descritos no material suplementar 2. A versão final do questionário HSQ-BR é apresentada na

Figura 2 e a versão final dos algoritmos traduzidos estão disponíveis como material suplementar 3 e 4.

Questionário para triagem de cefaleias (Headache Screening Questionnaire - PT)

Por favor, responda às perguntas considerando a sua dor de cabeça mais frequente.

1. Quantas vezes na sua vida você teve dor de cabeça?
 - A. 1 – 4 vezes
 - B. 5 – 9 vezes
 - C. 10 vezes ou mais
 2. Com base na pergunta anterior, quantas dessas vezes você considera terem sido uma crise de dor cabeça? Sendo crise: Uma dor que se instala, piora até um certo nível, permanece por um tempo (de minutos até 72h) e depois diminui até desaparecer completamente.
 - A. 0 – 4 vezes
 - B. 5 – 9 vezes
 - C. 10 vezes ou mais
 3. Quantas vezes por mês você tem dor de cabeça?
 - A. Menos de 1 vez por mês
 - B. Entre 1 e 15 vezes por mês
 - C. 15 vezes ou mais por mês
 4. Quanto dura sua dor de cabeça se você não usar remédio?
 - A. 0 - 30 minutos
 - B. 30 minutos - 4 horas
 - C. 4 horas – 3 dias
 - D. 3 – 7 dias
 - E. Mais de 7 dias
 5. Qual alternativa abaixo descreve melhor a sua dor de cabeça?
 - A. Sensação latejante
 - B. Aperto ou sensação de pressão
 - C. Sensação de queimação ou ardência
 - D. Outro, especifique
 6. Na maioria dos episódios de dor de cabeça, a sua cabeça dói:
 - A. Em apenas um lado por vez (direito ou esquerdo)
 - B. Nos dois lados da cabeça ao mesmo tempo
 7. Descreva a intensidade da sua dor de cabeça.
 - A. Leve
 - B. Moderada
 - C. Intensa
 - D. Muito intensa
- Das afirmações abaixo, quais se aplicam quando você tem dor de cabeça?
8. Atividades diárias (por exemplo subir escadas ou caminhar) pioram a minha dor de cabeça.
 - A. Sim
 - B. Não
 9. Evito atividades diárias quando tenho dor de cabeça.
 - A. Sim
 - B. Não
 10. Descreva o que você sente quando tem dor de cabeça (mais de uma resposta é possível).
 - A. Intolerância à luz
 - B. Intolerância ao som
 - C. Náusea e/ou vômito
 - D. Nenhuma das opções acima
 - E. Outro, especifique

Figura 2: Versão final do HSQ-BR.

Na fase de pré-teste o procedimento de coleta de dados de 10 voluntários com cefaleia e análise do escore de compreensão tiveram que ser realizados seis vezes, pois alguns itens não atingiram a taxa mínima de compreensão (90%) nas primeiras 5 versões. Durante o processo, os itens 5, 6 e 9 foram modificados para evitar múltiplas interpretações. Além disso, um parágrafo de instruções foi adicionado ao topo do questionário, uma vez que voluntários

frequentemente relataram ter diferentes tipos de dores de cabeça. Nesses casos, eles devem considerar a cefaleia mais frequente. O item 2 teve a definição de crise inserido na questão, uma vez que alguns voluntários ficaram confusos quanto ao termo. Portanto, 6 versões diferentes do questionário foram elaboradas pelo comitê. A 6ª versão foi totalmente compreendida por 10 voluntários. Então, 50 sujeitos adicionais foram incluídos, completando a amostra de 60 indivíduos (73,3% mulheres).

Os participantes eram brasileiros com idade média de $32,82 \pm 12,03$ anos, que sofriam de cefaleia. O nível educacional variou de ensino médio incompleto (1 voluntário) a superior completo (34 voluntários). Vinte e quatro sujeitos concluíram o ensino médio e um não informou seu grau de escolaridade. Eram naturais de 12 estados brasileiros, das cinco regiões do país. Eles tiveram uma pontuação média de $60,33 \pm 9,54$ pontos no questionário HIT-6, e uma média de $29,63 \pm 4,51$ pontos no MEEM. Nenhum participante da versão final do questionário teve que ser excluído por falhar no teste MEEM ou PROLEC-T. Nenhuma pessoa analfabeta atendeu aos convites de recrutamento. Além disso, nenhum sujeito foi excluído devido à remissão dos sintomas nos últimos 3 meses. Na versão final do HSQ-BR os itens atingiram níveis de compreensão de 91,7% (item 2) a 100% (itens 8, 9 e 10).

Os dados coletados no pré-teste são exibidos na Tabela 1. A cefaleia mais encontrada neste estudo foi a provável CTT (33 casos - 55%). No entanto, apenas 8 voluntários foram diagnosticados unicamente com provável CTT; 12 apresentaram provável CTT combinada com migrânea (sendo a migrânea considerada a cefaleia predominante) e 13 voluntários apresentaram provável CTT combinada com provável migrânea. Vinte e sete sujeitos foram diagnosticados com migrânea e CTT simultaneamente. Vale destacar que nesses casos, a cefaleia é classificada como migrânea de acordo com o ICHD-3.

Tabela 1: Dados de pré-teste do HSQ-BR.

Classificação	Amostra total	%	Homens	%	Mulheres	%
Provável migrânea	27	45	6	65	21	35
Migrânea	21	35	8	13,3	13	21,7
Somente migrânea	9	15	3	5	6	10
P. CTT	33	55	6	55	27	45
CTT	5	8,3	2	95	3	5
Somente CTT	3	5	1	1,7	2	3,3
Cefaleias mistas	27	45	7	66,7	20	33,3
Migrânea + P. CTT	2	3,33	1	98,3	1	1,7
P. migrânea + P. CTT	13	21,7	1	80	12	20
CTT + P. migrânea	12	20	5	88,3	7	11,7

P. CTT: Provável cefaleia do tipo tensão; CTT: Cefaleia do tipo tensão, P. Migrânea: Provável migrânea.

2.4 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo produzir uma versão brasileira do HSQ. Durante a elaboração da versão original da ferramenta, Meer et al. (2017) produziram uma versão em inglês, contudo não existem outras versões do HSQ disponíveis para outros idiomas e populações. As diretrizes de BEATON et al., 2000 e PRINSEN et al., 2018 foram seguidas para garantir a qualidade estudos de adaptação transcultural e para obter uma versão adequada do instrumento, com significado e entendimento equivalentes em diferentes contextos culturais, a partir da versão original em holandês. Todo o processo de tradução e adaptação transcultural do HSQ para a cultura brasileira e língua portuguesa, assim como o de seus algoritmos de pontuação para migrânea e CTT, foram concluídos com sucesso. Durante esse processo, algumas modificações foram necessárias para promover o entendimento entre pessoas com diferentes níveis educacionais.

O comitê de peritos debateu inicialmente quanto ao título da versão brasileira do HSQ. O termo “*screening*” foi discutido e optou-se pelo uso do termo “*triagem*” como sendo uma escolha adequada, evitando assim passar a ideia errônea de que o questionário pode dar um diagnóstico completo. Em relação ao termo “*headache*”, foi decidido que “*cefaleia*” seria mais conveniente para o título do questionário, considerando que será pesquisado e utilizado por profissionais e saúde, e esse é o termo empregado por eles. Assim, o título foi traduzido para “Questionário para Triagem de Cefaleias”. No entanto, a abreviação (HSQ) foi mantida como a original para facilitar as buscas pelo questionário em base de dados. Por outro lado, para as perguntas e possíveis respostas, o comitê decidiu usar o termo “*dor de cabeça*” para traduzir o

termo "*headache*" ao invés de “cefaleia”, considerando que a última poderia ser um termo incomum ao vocabulário cotidiano dos pacientes. Além disso, os termos “de um lado” e “dos dois lados” do item 6 foram considerados mais adequados para a população do que "unilateral" e "bilateral", respectivamente, quando a intenção era indicar a localização da dor. Também foi decidido substituir os sinais matemáticos por seus nomes por extenso. Durante a reunião do comitê de especialistas outras expressões foram discutidas para encontrar o termo adequado para uso no questionário. As palavras em português "ataque", “episódio” e “crise” para o item 2, foram considerados para caracterizar o termo “*headache-attack*”. A palavra "crise" foi escolhida por ser o termo tradicionalmente usado pelos pacientes com migrânea e também é o termo utilizado na versão brasileira do ICHD-3. Entre “intensidade” e “gravidade” para designar a graduação da dor no item 7, a palavra “intensidade” foi escolhida para evitar o julgamento individual sobre a relevância da dor de cabeça. Pelo mesmo motivo, a palavra “piorar” foi escolhida sobre “agravar” nos itens 9 para definir "pior". Os termos “caracterizar” vs. “descrever” (item 5) e “intolerância” vs. “sensibilidade” (item 10), finalizando com “descrever” e “intolerância” como os escolhidos.

Para o algoritmo o comitê decidiu que, uma vez que serão utilizados por profissionais de saúde, os termos utilizados deveriam ser os do ICHD-3 em português do Brasil. Assim, foram escolhidos os termos “migrânea” em vez de “enxaqueca” e “cefaleia do tipo tensão” no lugar de “dor de cabeça tensional” ou “cefaleia tensional”.

Durante a fase de pré-teste, várias mudanças foram realizadas no questionário, principalmente porque durante as entrevistas os voluntários relatavam experimentar diferentes tipos de cefaleias, levando a dúvidas nos itens 5, 6 e 9. Muitos voluntários consideravam as opções apropriadas para caracterizar uma dor de cabeça mas não a outra dor, levando-os a questionar a escrita daquelas questões. Dessa forma, um parágrafo de instrução foi incluído, informando sobre a necessidade de focar-se na cefaleia mais frequente para responder ao questionário. Ainda assim, consideramos uma limitação da ferramenta não poder levar em consideração mais de uma dor de cabeça, já que ele permite mais de um diagnóstico (nos constructos migrânea e CTT). Ao final da fase de pré-teste, todos os itens do HSQ-BR foram julgados compreensíveis.

O item 2 apresentou o menor nível de compreensão, 91,67%. Este item foi modificado uma vez por falta de compreensão durante a primeira versão de pré-teste. Estudos futuros de confiabilidade e validade devem ficar atentos a este item. O item 5 (em relação à descrição da

dor do sujeito) foi reformulado três vezes, visto que indivíduos com mais de uma cefaleia ansiavam, continuamente, escolher mais de uma alternativa resposta. Depois das alteações o item terminou com um nível de compreensão de 95%. Os voluntários que apresentaram essa dúvida no item 5 de V1 - V5 atingiram a média de $35,21 \pm 3,21$ no PROLEC-T, sugerindo que a dúvida não foi decorrente da falta de compreensão de leitura, mas da presença de múltiplas cefaleias. Nossa amostra foi composta por indivíduos da comunidade, enquanto a amostra de Meer et al. (2017) era proveniente de um centro especializado em cefaleia. Dessa forma, no estudo holandês, o convívio com a cefaleia até chegar ao centro especializado poderia levar os sujeitos a uma percepção diferente da cefaleia em comparação com os sujeitos da comunidade, no caso do presente estudo. Não obstante, uma vez que ambas as cefaleias podem estar presentes e o HSQ-BR deve ser mais utilizado no setor primário, a escolha de mais de uma alternativa no item 5 talvez não devesse ser impossibilitada e estudos futuros podem averiguar a questão.

Ademais, a estratégia de verificar a compreensão dos itens a cada 10 avaliações sugerida por Tavares e colaboradores (2014), e adotada pelo presente estudo mostrou-se eficaz, visto que evitou o desperdício de recursos mediante uma adversidade inusitada inerente a ferramenta.

Da amostra total de 60 sujeitos, migrânea e CTT foram identificadas simultaneamente em 27 casos. Até onde sabemos, nenhum estudo estimou a incidência de migrânea associada a CTT na população brasileira. No entanto, VAN DER MEER et al. (2019) mostraram que o HSQ é um instrumento adequado quando o objetivo é avaliar a ocorrência simultânea de migrânea e CTT. Esta característica poderia ser favorável ao uso do HSQ-BR no Brasil, uma vez que 45% da amostra desse estudo foi identificada com mais de um tipo de cefaleia. Esses dados são consistentes com Lipton et al. (2000), que verificaram que 71% dos pacientes inicialmente diagnosticados com CTT podem ser classificados com migrânea após o uso de diários de cefaleia (KANIECKI, 2015; LIPTON et al., 2000).

Steiner e colaboradores (2019) sugeriram que o gerenciamento de dores de cabeça deveria ser feito na atenção primária. Isso porque são muito prevalentes e “geralmente não são difíceis de gerenciar”, quando corretamente diagnosticadas e diferenciadas. A exceção seria a migrânea crônica, que requer cuidados especializados a partir do encaminhamento para o setor secundário. Como o HSQ é uma ferramenta criada para ser usada por todos os profissionais de saúde, o HSQ-BR poderia ser usado sistema de atenção primária do Brasil para apoiar a triagem de pessoas com cefaleia. Não obstante, o HSQ-BR é capaz de identificar migrânea episódica,

migrânea crônica; CTT episódica infrequente; CTT episódica frequente e CTT crônica (VAN DER MEER et al., 2017).

Estudos anteriores (PERES et al., 2019; VIANA et al., 2019) detectaram que indivíduos brasileiros com migrânea foram expostos a exames laboratoriais, tomografias, ressonâncias magnéticas previamente à chegada ao serviço especializado. PERES et al. (2019) também observaram que a dor geralmente começava 17 anos antes da primeira consulta com um especialista. Durante esse período, pacientes com migrânea geralmente recebem não apenas um número significativo de procedimentos investigativos, mas também uma variedade de tratamentos prescritos erroneamente, como uso e troca de óculos, dietas e tratamentos homeopáticos. Estes dados mostram que a migrânea ainda é diagnosticada incorretamente e isso está levando a altos custos para indivíduos e para a sociedade. O uso do HSQ-BR na atenção básica poderia tornar essa jornada mais curta e, com isso, reduzir seus impactos.

Mesmo quando uma ferramenta é traduzida e transculturalmente adaptada da forma adequada, o COSMIN (TERWEE et al., 2018) e a metodologia de BEATON et al. (2000) ainda reiteram que a confiabilidade e a validade dos critérios devem ser analisadas. No entanto, existe uma grande quantidade de estudos que relatam as fases de tradução e adaptação transcultural sem a análise das propriedades psicométricas (FERREIRA et al., 2018; FILGUEIRAS, 2017; KAMONSEKI; FONSECA; CALIXTRE, 2019; YI et al., 2017). Um relatório detalhado descrevendo o processo de tradução e adaptação cultural anteriormente à validação impediria várias traduções de um único instrumento e evitaria uma vasta quantidade de trabalho e despesas que traduzir e/ou validar a mesma ferramenta mais do que uma vez geraria. Embora o HSQ tenha mostrado anteriormente propriedades psicométricas apropriadas (VAN DER MEER et al., 2017), a versão brasileira ainda precisa ser testada. Isto é parte de um estudo em andamento e estará disponível para a literatura em breve.

Este estudo foi financiado pela *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES*). Este estudo não possui conflito de interesses.

3.0 DESDOBRAMENTOS DO ESTUDO 1

A partir do Estudo 1 foi possível concluir que o HSQ-BR foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil de forma clara e adequada à população alvo. Contudo, faz-se necessário avaliar a reprodutibilidade da ferramenta na detecção de migrânea e CTT, uma das características necessárias a uma ferramenta passível de ser utilizada na população.

Sendo assim, o Estudo 2 foi conduzido de modo a verificar quão reprodutíveis os resultados do HSQ-BR são em relação ao tempo de aplicação do questionário. A seguir são apresentados resultados parciais desse estudo, intitulado “Confiabilidade do questionário para triagem de cefaleia – Versão Brasileira” que contou com a colaboração da Profa. Daniela Godoi Gonçalves da faculdade de odontologia da Universidade Estadual Paulista, bem como da Profa. Dra. Corine Mirjian Visscher e da MSc. Hedwig Aleida van der Meer, ambas do Academic Centre for Dentistry Amsterdam, Holanda.

“ Em um estado sombrio nós nos encontramos... um pouco mais de conhecimento iluminar nosso caminho pode.”
(Mestre Yoda)

4.0 Estudo 2

CONFIABILIDADE DO QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DE CEFALEIA – VERSÃO BRASILEIRA (HSQ-BR)

**Erika Plonczynski Lopes, Leticia Bojkian Calixtre, Daniela Godoi Gonçalves, Hedwig
van der Meer, Corine Mirjam Visscher, Ana Beatriz Oliveira**

4.1 INTRODUÇÃO

Migrêneas e cefaleias do tipo tensão (CTT) estão entre as condições dolorosas mais prevalentes (MARINHO et al., 2018; QUEIROZ; SILVA JUNIOR, 2015b; RICE; SMITH; BLYTH, 2016b). São altamente incapacitantes (STEINER; STOVNER; VOS, 2016) e responsáveis por encargos financeiros significativos (BIGAL et al., 2003). No entanto, a identificação adequada de dores de cabeça mostrou-se desafiadora nos cuidados primários brasileiros por profissionais não especializados (VIANA et al., 2019). Para auxiliar essa deficiência, a versão brasileira de uma ferramenta de triagem de cefaleias primárias foi produzida, o “Questionário para Triagem de Cefaleia” (HSQ – BR), que é a versão em português do Brasil do *Headache Screening Questionário* (HSQ), criado originalmente em holandês (VAN DER MEER et al., 2017).

O HSQ é um questionário autoaplicável de dez itens, formulado com base na terceira versão da Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD-3) (ICHD-3, 2018). O HSQ mostrou ser uma ferramenta útil para identificar migrânea e CTT individualmente (VAN DER MEER et al., 2017), e também quando elas precisam ser avaliadas juntas (VAN DER MEER et al., 2019). Ela possui dois algoritmos (um para migrânea e outro para CTT), onde as respostas do sujeito devem ser verificadas e pontuadas. A avaliação do HSQ de migrânea e CTT separa as cefaleias como provável migrânea ou provável CTT, que faz com que o HSQ termine com quatro resultados possíveis (migrânea, provável migrânea, CTT e provável CTT). O sujeito pode ser diagnosticado com mais do que uma das cefaleias.

Confiabilidade é definida como “o grau em que a medida está livre de erro” (PRINSEN et al., 2018). Portanto, é quanto o resultado de um sujeito, que não teve seu estado alterado, varia ao ser verificado com o mesmo instrumento ao longo do tempo (teste-reteste) ou por mudanças quanto ao avaliador (intra ou inter-avaliadores) (PRINSEN et al., 2018). Sendo assim, é necessário certificar que uma ferramenta é confiável para medir o que se propõem, a fim de evitar o desperdício de recursos e o fornecimento de resultados antiéticos (IOANNIDIS et al., 2014).

Como o HSQ-BR é uma ferramenta autoadministrável cujo objetivo é rastrear o tipo de cefaleia do sujeito, que não deve mudar em um curto período de tempo. É importante verificar a confiabilidade teste-reteste dessa ferramenta ao longo do tempo e evidenciar se sua reprodutibilidade é adequada. Assim, este estudo tem como objetivo averiguar a confiabilidade teste-reteste do HSQ-BR.

4.2 MÉTODO

4.2.1 Participantes

O tamanho da amostra foi calculado com o software R v3.6.1 (R CORE TEAM, 2019). O Kappa de Cohen é um teste de reprodutibilidade que varia de zero a um, onde zero indica não reprodutibilidade e um indica reprodutibilidade perfeita. Seguindo a orientação de Bujang (BUJANG; BAHARUM, 2017) para calcular o Kappa de Cohen, um poder de 80% e um alfa de 0,05 foi estabelecido para determinar a reprodutibilidade, K0 foi fixado em 0,4 e K1 em 0,6 (LANDIS; KOCH, 1977). Portanto, K0 é o mínimo necessário para alcançar a confiabilidade moderada e K1 é o limite máximo categoria. Com base em dois testes, o tamanho mínimo da amostra foi de 83 indivíduos. Indivíduos com mais de 18 anos, de ambos os sexos, com e sem queixa de dor de cabeça, morando em São Carlos e localidades próximas foram incluídos.

Sujeitos que tiveram capacidade cognitiva reduzida, verificada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BERTOLUCCI et al., 1994), foram excluídos da amostra. Pacientes que tiveram doenças neurológicas ou dificuldade de comunicação causada por condições de saúde não foram incluídos no estudo.

4.2.2 Procedimentos

Este é um estudo metodológico realizado no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos no Brasil. As avaliações começaram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAE: 03873318.4.0000.5504).

Os sujeitos foram recrutados por meio de convites digitais e verbais. Os voluntários preencheram o HSQ-BR e um questionário de avaliação de sintomas de dor descrito a seguir em dois dias de avaliação com 7 a 10 dias de intervalo entre eles (PRINSEN et al., 2018). Exclusivamente no primeiro dia, eles preencheram um questionário demográfico para informar idade, sexo, nível educacional e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para verificar sua capacidade cognitiva (DE CASTRO-COSTA et al., 2014).

O MEEM é um instrumento para verificar a função cognitiva composta por 24 itens entre perguntas e tarefas com pontuação de zero a 30 pontos. A pontuação mínima pode ser determinada de acordo com o nível educacional da disciplina (BRUCKI et al., 2003). Neste estudo, o escore mínimo aceito para baixa escolaridade foi de 13 pontos, com nível educacional

médio deveria ter pelo menos 18 pontos, e sujeitos que possuíam alto nível de escolaridade, considerados como ensino superior, tiveram que atingir pelo menos 26 pontos.

Para verificar se houve estabilidade dos sintomas de dor apresentados pelos participantes, um formulário foi criado com base nos Diários de cefaleia, utilizados amplamente pela literatura (KANIECKI, 2015; STEINER et al., 2019a), com foco em averiguar a intensidade da dor e a ingestão de medicamentos ao longo dos sete dias anteriores às duas avaliações. Este questionário era composto pelas seguintes perguntas:

1. Intensidade da dor de costume (0-10)
2. Quantos dias de dor na última semana (0-7)
3. Intensidade da dor na última semana (0-10)
4. Máxima dor da última semana (0-10)
5. Mínima dor da última semana (0-10)
6. Quantos dias usou medicação na última semana (0-7)
7. Intensidade da dor no momento da avaliação (0-10)
8. Fez uso de medicamento hoje? (S/N)

As questões referentes à intensidade da dor (1, 3, 4, 5 e 7) foram pontuadas pela escala numérica de dor (END) que é uma escala de 11 pontos numerada de zero (sem dor) a dez (pior dor que se possa imaginar). O sujeito foi solicitado a marcar o número que julgasse indicar a intensidade de sua dor (NIERE, 2009). A pergunta 2 foi respondida por um número de zero a sete e as perguntas 6 e 8 foram respondidas por Sim ou Não.

4.2.3 Análise estatística

Um número foi atribuído a cada possibilidade de diagnóstico do HSQ. Ausência de migrânea ou de CTT foram pontuados como zero. Provável migrânea ou provável CTT foram pontuados como 1 e migrânea ou CTT por 2. As respostas de todas as perguntas do HSQ tiveram suas respostas individualmente atribuídas a números, dependendo das possibilidades. Algumas delas variaram de 0-1, 0-2, 0-3 ou 0-4. A última pergunta sobre a presença de sensibilidade à luz, som, náusea ou outros sintomas foi categorizada pela presença ou ausência de náusea, sensibilidade à luz e/ou sensibilidade ao som. As reprodutibilidades das pontuações finais, da indicação do HSQ-BR, assim como as respostas de cada um de seus itens e os resultados relacionados à sintomas de dor foram analisados com o software SPSS versão 25.0 (SPSS Corp., Chicago, Ill, EUA).

Os valores de K foram calculados para resultados categóricos e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) e os intervalos de confiança de 95% foram calculados para variáveis ordinais. O Kappa foi considerado ruim quando $\leq 0,4$, intermediado quando $> 0,4 < 0,6$, substancial quando $> 0,6 < 0,75$, e excelente quando $\geq 0,75$ (LANDIS; KOCH, 1977). O ICC foi considerado ruim quando $\leq 0,5$, moderado quando $> 0,5 < 0,75$, bom quando $\geq 0,75 < 0,9$ e excelente quando $\geq 0,9$ (FLEISS; LEVIN; PAIK, 2003).

4.3 RESULTADOS

Oitenta e quatro sujeitos participaram dos dois dias de avaliação, 53 (63,1%) foram mulheres. A idade média foi de $34,08 \pm 14$ anos. Quarenta e nove eram solteiros e 58,33% possuíam formação universitária. O valor médio para o MEEM foi de 29,44 pontos. Dados referentes aos itens individuais do HSQ-BR e também sua pontuação final e diagnósticos finais para migrânea e CTT podem ser encontrados na Tabela 1. A análise de qualquer item individual apresentou valores de k entre os dias variando de 0,59 a 0,90. Migrânea e o escore final do CTT alcançaram excelente confiabilidade, enquanto a migrânea apresentou CCI = 0,88 com menor intervalo de confiança (IC) (0,82; 0,92) e o CTT apresentou ICC = 0,805 com IC (0,71; 0,87). O diagnóstico final para migrânea e CTT mostrou valores próximos de K de 0,665 e 0,658, respectivamente, o que é considerado substancial.

Os resultados das questões dos sintomas de dor estão expostos nas tabelas 2 e 3. As perguntas de 1 a 6 apresentaram valores de CCI entre dias variando de 0,50 (questão 5) a 0,91 (questão 1). O item 7 apresentou o menor CCI (0,48; IC: 0,29; 0,62) e o item 8 com Valor de K: 0,13.

Tabela 1: Mediana e interquartil do HSQ-BR

Headache Screening Questionnaire - BR	Med (IQ25%; IQ75%)		Kappa
	Avaliação 1	Avaliação 2	
Q1- Respostas A, B ou C	2,0 (2; 2)	2,0 (2; 2)	0,66
Q2 - Respostas A, B ou C	1,0 (0; 2)	1,0 (0; 2)	0,78
Q3 - Respostas A, B ou C	1,0 (0; 1)	1,0 (0; 1)	0,80
Q4 - Respostas A, B, C, D ou E	1,0 (1; 2)	1,0 (1; 2)	0,71
Q5 - Respostas A, B, C ou D	0 (0; 1)	0 (0; 1)	0,61

Q6 - Respostas A ou B	0 (0; 1)	0 (0; 1)	0,76
Q7 - Respostas A, B, C ou D	1 (1; 2)	1 (1; 2)	0,60
Q8 - Respostas A ou B	1 (1; 2)	1 (1; 2)	0,81
Q9 - Respostas A ou B	1 (0; 1)	1 (0; 1)	0,80
Q10 - Respostas A, B, C, D ou E	1 (1; 1)	1 (1; 1)	0,90
Diagnóstico Final – Migrânea (0-2)	1,0 (0; 2)	1,0 (0; 1)	0,67
Diagnóstico Final – CTT (0-2)	1,0 (0; 1)	1,0 (0; 1)	0,66

Abreviações: Med – Mediana, IQ – Valor Interquartil, CTT – Cefaleia Tipo Tensão

Tabela 2: Média do HSQ-BR

Headache Screening Questionnaire - BR	Méd (DP) Avaliação 1	Méd (DP) Avaliação 2	ICC (95% IC)
Escore Final – Migrânea (0-8)	5,12 (2,3)	5,04 (2,3)	0,88 (0,82; 0,92)
Escore Final – CTT (0-8)	5,90 (1,5)	5,80 (1,5)	0,81 (0,71; 0,87)

Abreviações: CCI – Coeficiente de Correlação Intraclasse, CTT – Cefaleia tipo tensão, DP – Desvio Padrão, IC – Intervalo de Confiança

Tabela 3: Media e confiabilidade do Formulário de sintomas de dor

Formulário de sintomas de dor	Avaliação 1	Avaliação 2	ICC (95%IC)
1. Intensidade da dor de costume (0-10)	5,07 (3,03)*	5,14 (2,80)*	0,91 (0,86; 0,94)
2. Quantos dias de dor na última semana (0-7)	1,44 (1,48)*	1,40 (1,61)*	0,71 (0,58; 0,80)
3. Intensidade da dor na última semana (0-10)	3,31 (3,09)*	2,90 (2,93)*	0,60 (0,44; 0,72)
4. Máxima dor da última semana (0-10)	3,75 (3,36)*	3,08 (3,09)*	0,60 (0,44; 0,71)
5. Mínima dor da última semana (0-10)	1,81 (2,47)*	1,57 (2,13)*	0,50 (0,32; 0,64)
6. Quantos dias usou medicação na última semana (0-7)	0,96 (1,3)*	0,77 (1,24)*	0,71 (0,58; 0,80)
7. Intensidade da dor no momento da avaliação (0-10)	0,81 (1,56)*	0,81 (1,71)*	0,48 (0,29; 0,62)
8. Fez uso de medicamento hoje? (S/N)	0 (0; 0)**	0 (0; 0)***	0,13***

Abreviações: CCI – Coeficiente de Correlação Intraclasse, IC – Intervalo de Confiança, S – Sim, N – Não * Valores de Média (Desvio Padrão), ** Valores de mediana (IQ 25%;75%) *** Valor de Kappa

5.0 CONCLUSÕES

A partir dos resultados expostos na presente dissertação pode-se concluir que o HSQ foi traduzido e transculturalmente adaptado, gerando a versão HSQ-BR que é compreensível à população alvo e apresenta confiabilidade teste-reteste substancial por seus resultados. Entretanto, estudos futuros devem dedicar-se a averiguar a validade dessa versão na população brasileira, comparando-a com o padrão ouro para o diagnóstico desses tipos de cefaleia.

REFERENCIAS

AYZENBERG, I. et al. The burden of headache in Russia: validation of the diagnostic questionnaire in a population-based sample. **European Journal of Neurology**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 454–459, 2011. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-1331.2010.03177.x>>. Acesso em: 9 set. 2018.

BEATON, Dorcas E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, [s. l.], v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>>. Acesso em: 14 set. 2018.

BERTOLUCCI, Paulo H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 52, n. 1, p. 01–07, 1994.

BIGAL, Marcelo E. et al. Burden of Migraine in Brazil: Estimate of Cost of Migraine to the Public Health System and an Analytical Study of the Cost-Effectiveness of a Stratified Model of Care. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [s. l.], v. 43, n. 7, p. 742–754, 2003. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1046/j.1526-4610.2003.03132.x>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRUCKI, Sonia M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 61, n. 3 B, p. 777–781, 2003.

BUJANG, Mohamad Adam; BAHARUM, Nurakmal. Guidelines of the minimum sample size requirements for Cohen's Kappa. **Epidemiology Biostatistics and Public Health**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. e12267-1-e12267-10, 2017.

DE BARROS, E. N. C.; ALEXANDRE, Neusa M. C. Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnaire. **International Nursing Review**, [s. l.], v. 50, n. 2, p. 101–108, 2003.

DE CASTRO-COSTA, Érico et al. Construct validity of the mini mental state examination across time in a sample with low-education levels: 10-Year follow-up of the Bambú cohort study of ageing. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], v. 29, n. 12, p. 1294–1303, 2014.

DO, Thien Phu et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. **Neurology**, [s. l.], v. 92, n. 3, p. 134–144, 2019.

FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C.; CUADRADO, ML L.; PAREJA, JA A. Myofascial Trigger Points, Neck Mobility and Forward Head Posture in Unilateral Migraine.

Cephalalgia, [s. l.], v. 26, n. 9, p. 1061–1070, 2006. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1468-2982.2006.01162.x>>. Acesso em: 9 set. 2018.

FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, César; CUADRADO, María L. Physical therapy for headaches. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 36, n. 12, p. 1134–1142, 2016. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102415596445>>. Acesso em: 9 set. 2018.

FERREIRA, Lucilene et al. Translation and cultural adaptation of Perfectionism Scale or Physical Appearance (PAPS) for portuguese in Brazil. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 266–272, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.002>>

FILGUEIRAS, Alberto. Translation and cross-cultural adaptation of the Sport Imagery Questionnaire to Brazilian Portuguese. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 72–84, 2017.

FLEISS, Joseph L.; LEVIN, Bruce; PAIK, Myunghee Cho. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc., 2003. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/0471445428>>

FRITSCHÉ, Guenther et al. Validation of a German Language Questionnaire for Screening for Migraine, Tension-Type Headache, and Trigeminal Autonomic Cephalgias. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [s. l.], v. 47, n. 4, p. 546–551, 2007. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1526-4610.2007.00758.x>>. Acesso em: 9 set. 2018.

IBGE. PNAD contínua da educação 2018. [s. l.], v. 2018, n. 2, p. 1–12, 2019.

ICHD-3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. **Cephalalgia : an international journal of headache**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 1–211, 2018.

IOANNIDIS, John P. A. et al. **Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis**The LancetLancet Publishing Group, , 2014.

KAMONSEKI, Danilo Harudy; FONSECA, Carlos Luques; CALIXTRE, Letícia Bojikian. The Brazilian version of the bournemouth questionnaire for low back pain: Translation and cultural adaptation. **Sao Paulo Medical Journal**, [s. l.], v. 137, n. 3, p. 262–269, 2019.

KANIECKI, Robert G. Tension-Type Headache. **Headache and Migraine Biology**

and Management, [s. l.], p. 149–160, 2015.

KOSINSKI, M. et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: The HIT-6™. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 12, n. 8, p. 963–974, 2003.

KOWACS, Fernando et al. Consensus of the Brazilian headache society on the treatment of chronic migraine. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 77, n. 7, p. 509–520, 2019.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 159–74, 1977. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/843571>>

LINDE, M. et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. **European Journal of Neurology**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 703–711, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22136117>>. Acesso em: 1 nov. 2018.

LIPTON, R. B. et al. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. **Neurology**, [s. l.], v. 61, n. 3, p. 375–82, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12913201>>. Acesso em: 9 set. 2018.

LIPTON, Richard B. et al. Sumatriptan for the range of headaches in migraine sufferers: Results of the spectrum study. **Headache**, [s. l.], v. 40, n. 10, p. 783–791, 2000.

MAHER, CG; LATIMER, J.; COSTA, LOP. The relevance of cross-cultural adaptation and clinimetrics for physical therapy instruments. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, [s. l.], v. 11, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en>

MARINHO, Fatima et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, [s. l.], v. 392, n. 10149, p. 760–775, 2018. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618312212>>

MESA-JIMÉNEZ, Juan A. et al. Multimodal manual therapy vs. pharmacological care for management of tension type headache: A meta-analysis of randomized trials. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 35, n. 14, p. 1323–1332, 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102415576226>>

NIERE, Ken. Measurement of headache. In: **Headache, Orofacial Pain and Bruxism**. [s.l.] : Elsevier Ltd, 2009. p. 153–165.

PERES, Mario Fernando Prieto et al. Migraine patients' journey until a tertiary headache center: an observational study. **The Journal of Headache and Pain**, [s. l.], v. 20, n. 1, 2019.

PINHEIRO, Ângela Maria V. et al. PROLEC-T - prova de compreensão de texto: análise de suas características psicométricas. **Temas em Psicologia**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 1067–1080, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n3/v25n3a08.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2018.

PRINSEN, C. A. C. et al. COSMIN manual for systematic reviews of PROMs COSMIN. [s. l.], n. February, p. 1–78, 2018. Disponível em: <http://www.cosmin.nl/images/upload/files/COSMIN_syst_review_for_PROMs_manual_version_1_feb_2018.pdf>

QUEIROZ, Luiz P.; SILVA JUNIOR, Ariovaldo A. The prevalence and impact of headache in Brazil. **Headache**, [s. l.], v. 55, n. S1, p. 32–38, 2015. a.

QUEIROZ, Luiz P.; SILVA JUNIOR, Ariovaldo A. The Prevalence and Impact of Headache in Brazil. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [s. l.], v. 55, p. 32–38, 2015. b. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/head.12511>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing; R Foundation for Statistical Computing: Viena, Austria.**, 2019.

RICE, Andrew S. C.; SMITH, Blair H.; BLYTH, Fiona M. Pain and the global burden of disease. **Pain**, [s. l.], v. 157, n. 4, p. 791–6, 2016. a. Disponível em: <<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006396-201604000-00006%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26670465>>

RICE, Andrew S. C.; SMITH, Blair H.; BLYTH, Fiona M. Pain and the global burden of disease. **PAIN**, [s. l.], v. 157, n. 4, p. 791–796, 2016. b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26670465>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SAYLOR, Deanna; STEINER, Timothy. The Global Burden of Headache. **Seminars in Neurology**, [s. l.], v. 38, n. 02, p. 182–190, 2018. Disponível em: <<http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1646946>>. Acesso em: 9 set. 2018.

SJAASTAD, Ottar; FREDRIKSEN, T. A. Cervicogenic headache: Criteria, classification and epidemiology. **Clinical and Experimental Rheumatology**, [s. l.], v. 18, n. 2 SUPPL. 19, p. S3-6, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10824278>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

STEINER, T. J. et al. **Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition)**. [s.l.] : The Journal of Headache and Pain, 2019. a. v. 20

STEINER, T. J. et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition). **The Journal of Headache and Pain**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 57, 2019. b. Disponível em: <<https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-018-0899-2>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

STEINER, Timothy J. Lifting The Burden: the global campaign to reduce the burden of headache worldwide. **The journal of headache and pain**, [s. l.], v. 6, n. 5, p. 373–7, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16362709>>. Acesso em: 9 set. 2018.

STEINER, Timothy J.; STOVNER, Lars J.; VOS, Theo. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. **The Journal of Headache and Pain**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 104, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s10194-016-0699-5>>

STOVNER, L. J. et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 193–210, 2007.

TAVARES, Lucilene Ferreira; Angela Nogueira Neves; Mateus Betanho Campana; Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes. Guia da AAOS / IWH : sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Avaliação Psicológica**, [s. l.], v. 13, n. 21, p. 457–461, 2014.

TERWEE, C. B. et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 1159–1170, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>>

VALENTINIS, Luca et al. Migraine in Adolescents: Validation of a Screening Questionnaire. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [s. l.], v. 49, n. 2, p. 202–211, 2009. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1526-4610.2008.01261.x>>. Acesso em: 9 set. 2018.

VAN DER MEER, Hedwig A. et al. Development and psychometric validation of the headache screening questionnaire – Dutch Version. **Musculoskeletal Science and Practice**, [s. l.], v. 31, p. 52–61, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.msksp.2017.07.001>>

VAN DER MEER, Hedwig A. et al. The diagnostic accuracy of headache measurement instruments: A systematic review and meta-analysis focusing on headaches associated with musculoskeletal symptoms. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 39, n. 10, p. 1313–1332, 2019.

VIANA, Michele et al. Poor patient awareness and frequent misdiagnosis of migraine: findings from a large transcontinental cohort. **European Journal of Neurology**, [s. l.], n. 1, p.

0–3, 2019.

YI, Liu Chiao et al. Translation and cultural adaptation of the revised foot function index for the Portuguese language: FFI-R Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, [s. l.], v. 135, n. 6, p. 573–577, 2017.

YI, Xiaobin et al. Cervicogenic headache in patients with presumed migraine: Missed diagnosis or misdiagnosis? **Journal of Pain**, [s. l.], v. 6, n. 10, p. 700–703, 2005. Disponível em: <[https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(05\)00638-3/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(05)00638-3/fulltext)>

MATERIAL SUPLEMENTAR 1

Versão original (HSQ-DV), Tradução 1 (T1), tradução 2 (T2) e síntese (T12).

HSQ-DV	T1 & T2	T12
<p>Titulo. Hoofdpijnvragnlijst (Headache Screening Questionnaire – Dutch Version)</p>	<p>T1. Questionário de cefaleia (Questionário de Rastreamento de Cefaleias – Versão em Português)</p> <p>T2. Questionário de triagem para dor de cabeça</p>	<p>Titulo. Questionário de triagem de dor de cabeça</p>
<p>Item 1. Hoe vaak in uw leven heeft u hoofdpijn gehad?</p> <p>A. 1 – 4 keer B. 5 – 9 keer C. ≥ 10 keer</p>	<p>T1. Quantas vezes na sua vida você teve dor de cabeça?</p> <p>A. 1-4 vezes B. 5-9 vezes C. ≥ 10 vezes</p> <p>T2. Quantas vezes você teve dor de cabeça em sua vida?</p> <p>A. 1 – 4 vezes B. 5 – 9 vezes C. ≥ 10 vezes</p>	<p>Item 1. Quantas vezes na sua vida você teve dor de cabeça?</p> <p>A. 1 – 4 vezes B. 5 – 9 vezes C. 10 vezes ou mais</p>
<p>Item 2. Terugkijkend op de vorige vraag, hoe vaak zou u die hoofdpijnmomenten als een hoofdpijnaanval omschrijven?</p> <p>A. 0 – 4 keer B. 5 – 9 keer C. ≥ 10 keer</p>	<p>T1. Com base na pergunta anterior, com que frequência você consideraria esses momentos de dor(es) de cabeça como um ataque de dor de cabeça (uma dor de cabeça súbita)?</p> <p>A. 0-4 vezes B. 5-9 vezes C. ≥ 10 vezes</p> <p>T2. Levando em consideração a pergunta anterior, quantas vezes você consideraria esses momentos como sendo um único episódio de dor de cabeça?</p> <p>A. 0-4 vezes B. 5-9 vezes C. ≥ 10 vezes</p>	<p>Item 2. Com base na pergunta anterior, quantas vezes você consideraria que essas dores de cabeça foram um ataque repentino?</p> <p>A. 0 – 4 vezes B. 5 – 9 vezes C. 10 vezes ou mais</p>
<p>Item 3. Hoe vaak per maand heeft u hoofdpijn?</p> <p>A. < 1 per maand B. ≥1 ≤ 15 per maand C. ≥15 per maand</p>	<p>T1. Quantas vezes por mês você tem dor de cabeça?</p> <p>A. < 1 vez por mês B. ≥ 1 - < 15 vezes por mês C. ≥ 15 vezes por mês</p> <p>T2. Com que frequência você tem dor de cabeça mensalmente?</p> <p>A. < 1 por mês B. ≥1 ≤ 15 por mês C. ≥15 por mês</p>	<p>Item 3. Quantas vezes por mês você tem dor de cabeça?</p> <p>A. menos de 1 vez por mês B. entre 1 e 15 vezes por mês C. 15 vezes ou mais por mês</p>

<p>Item 4. Hoe lang duurt uw hoofdpijn, wanneer u geen medicatie gebruikt? A. 0 - 30 minuten B. 30 minuten - 4 uur C. 4 uur – 3 dagen D. 3 – 7 dagen E. >7 dagen</p>	<p>T1. Quanto dura sua dor de cabeça quando você não está usando medicamento? A. 0-30 minutos B. 30 minutos – 4 horas C. 4 horas – 3 dias D. 3- 7 dias E. ≥ 7 dias</p> <p>T2. Quanto tempo dura sua dor de cabeça quando você não está usando medicação? A. 0 - 30 minutos B. 30 minutos - 4 horas C. 4 horas – 3 dias D. 3 – 7 dias E. >7 dias</p>	<p>Item 4. Quanto dura sua dor de cabeça quando você não está usando remédio? A. 0 - 30 minutos B. 30 minutos - 4 horas C. 4 horas – 3 dias D. 3 – 7 dias E. mais de 7 dias</p>
<p>Item 5. Welk woord zou u gebruiken om uw hoofdpijn te kenmerken? A. Pulserend gevoel B. Strak of drukkend gevoel C. Brandend of stekend gevoel D. Anders, nl</p>	<p>T1. Qual palavra você usaria para descrever sua dor de cabeça? A. Sensação pulsante B. Apertamento ou sensação de pressão C. Sensação de queimação ou ardência D. Outra, nomeie.....</p> <p>T2. Qual palavra você usaria para caracterizar sua dor de cabeça? A. Sensação latejante B. Aperto ou sensação de pressão C. Sensação de queimação ou ardência D. Outro, especifique</p>	<p>Item 5. Quais palavras você usaria para descrever sua dor de cabeça? A. Sensação latejante B. Aperto ou sensação de pressão C. Sensação de queimação ou ardência D. Outro, especifique.....</p>
<p>Item 6. Is uw hoofdpijn eenzijdig of tweezijdig van aard? A. Eenzijdig B. Tweezijdig</p>	<p>T1. Sua dor de cabeça é unilateral ou bilateral? A. Unilateral B. Bilateral</p> <p>T2. Sua dor de cabeça é unilateral ou bilateral? A. Unilateral B. Bilateral</p>	<p>Item 6. A sua cabeça dói de um lado ou dos dois lados? A. Um lado B. Dois lados</p>
<p>Item 7. Omschrijf de ernst van uw hoofdpijn. A. Mild B. Matig C. Ernstig D. Zeer ernstig</p>	<p>T1. Descreva a gravidade da sua dor de cabeça? A. Suave B. Moderada C. Grave D. Muito Grave</p> <p>T2. Descreva a intensidade da sua dor de cabeça.</p>	<p>Item 7. Descreva a intensidade da sua dor de cabeça. A. Suave B. Moderada C. Intensa D. Muito intensa</p>
<p>Geef bij de volgende stellingen aan of deze bij u van toepassing zijn wanneer u hoofdpijn heeft.</p>	<p>T1. Nas seguintes afirmações, indique se elas se aplicam a você quando tem (tiver) dor de cabeça:</p> <p>T2. Quais das declarações abaixo se aplicam a você quando você tem dor de cabeça?</p>	<p>Das afirmações abaixo quais são verdadeiras quando você tem dor de cabeça?</p>
<p>Item 8. Dagelijkse activiteiten (bv. traplopen of lopen) verergeren mijn hoofdpijn. A. Ja B. Nee</p>	<p>T1. Atividades diárias (por exemplo subir escadas) agravam a minha dor de cabeça. A. Sim B. Não</p> <p>T2. Atividades diárias (como por exemplo subir escadas ou caminhar) agravam minhas dores de cabeça. A. Sim B. Não</p>	<p>Item 8. Atividades diárias (por exemplo subir escadas ou caminhar) pioram a minha dor de cabeça. A. Sim B. Não</p>

<p>Item 9. Ik vermijd dagelijkse activiteiten wanneer ik hoofdpijn heb. A. Ja B. Nee</p>	<p>T1. Evito atividades diárias quando tenho dor de cabeça. A. Sim B. Não T2. Evito atividades diárias quando tenho dor de cabeça. A. Sim B. Não</p>	<p>Item 9. Evito atividades diárias quando tenho dor de cabeça. A. Sim B. Não</p>
<p>Item 10. Omschrijf wat u tijdens de hoofdpijn ervaart. (meerdere antwoorden mogelijk) A. Gevoelig voor licht B. Gevoelig voor geluid C. Misselijkheid en/of overgeven D. Geen van bovengenoemde antwoorden E. Anders, namelijk</p>	<p>T1. Descreva o que você sente quando tem dor de cabeça (múltiplas respostas possíveis) A. Sensibilidade a luz B. Sensibilidade ao som C. Náusea ou Vômito D. Nenhuma das opções acima E. Outros, nomeie.....</p> <p>T2 Descreva o que você sente durante a dor de cabeça. (Mais de uma resposta é possível) A. Sensibilidade à luz B. Sensibilidade ao som C. Náusea e / ou vômito D. Nenhuma das opções acima E. Outro, especifique</p>	<p>Item 10. Descreva o que você sente quando tem dor de cabeça (mais de uma resposta é possível). A. Sensibilidade à luz B. Sensibilidade ao som C. Náusea e/ou vômito D. Nenhuma das opções acima E. Outro, especifique</p>
<p>Algoritmo migrânea. Scoring Algoritme 'Headache Screening Questionnaire' - MIGRAINE</p>	<p>T1. Algoritmo de Pontuação "Questionário de Rastreamento de Cefaléia" - Migrânea</p> <p>T2. Algoritmo de pontuação 'Questionário de Triagem para Dor de Cabeça' - Enxaqueca</p>	<p>Algoritmo de Pontuação "Questionário de triagem/rastreamento de dor de cabeça." – Migrânea</p>
<p>DOMEIN A: FREQUENTIE DOMEIN B: TIJD DOMEIN C: KARAKTERASTIEKEN – max 2 punten DOMEIN D: SYMPTOMEN – max 2 punten Totale score migraine: Domeinen zijn gebaseerd op ICHD-3 criteria voor migraine</p>	<p>T1. Domínio A: Frequência Domínio B: Duração Domínio C: Domínio D: Sintomas- máximo 2 pontos Pontuação total migrânea: Os domínios foram baseados no critério para migrânea ICHD-3</p> <p>T2. Domínio A: FREQUÊNCIA Domínio B: TEMPO Domínio C: CARACTERÍSTICAS – Máximo 2 pontos Domínio D: SINTOMAS – Máximo 2 pontos</p> <p>Pontuação total para enxaqueca: Domínios são baseados na classificação internacional de cefaleias ICHD-3 Critérios para enxaqueca</p>	<p>Domínio A: FREQUÊNCIA Domínio B: TEMPO Domínio C: CARACTERÍSTICAS – Máximo 2 pontos Domínio D: SINTOMAS – Máximo 2 pontos Pontuação total para enxaqueca: Domínios são baseados na classificação internacional de cefaleias ICHD-3 Critérios para enxaqueca</p>
<p>Deze vraag gebruikt worden om onderscheid te maken tussen migraine en chronische migraine.</p>	<p>T1. Esta pergunta pode ser usada para distinguir entre migrânea ou migrânea crônica</p> <p>T2. Esta pergunta pode ser usada para distinguir a enxaqueca da enxaqueca crônica.</p>	<p>* Esta pergunta pode ser usada para distinguir entre migrânea ou migrânea crônica.</p>
<p>Ctt. Scoring Algoritme 'Headache Screening Questionnaire' - spanningshoofdpijn</p>	<p>T1. Algoritmo de Pontuação "Questionário de Rastreamento de Cefaleia" - Dor de Cabeça Tensional</p> <p>T2. Algoritmo de pontuação 'Questionário de Triagem para Dor de Cabeça' - Dor de cabeça de tensão (ou tensional)</p>	<p>Algoritmo de Pontuação "Questionário de triagem/rastreamento</p>

<p>ICHD-3.Totale score spanningshoofdpijn: Domeinen zijn gebaseerd op ICHD-3 criteria voor spanningshoofdpijn</p>	<p>T1. Os domínios foram baseados no critério para migrânea ICHD-3</p> <p>T2. Domínios são baseados na classificação internacional de cefaleias ICHD-3 Critérios para dor de cabeça de tensão</p>	<p>Os domínios são baseados nos critérios para cefaleia tipo tensional da classificação internacional de cefaleias (ICHD-3).</p>
<p>* Deze vraag is niet van toepassing voor spanningshoofdpijn.</p>	<p>T1. Esta pergunta não se aplica a dor de cabeça tensional</p> <p>T2. Esta pergunta não se aplica a dores de cabeça de tensão.</p>	<p>* Esta pergunta não se aplica a cefaleia tipo tensional.</p>
<p>** Deze vraag kan gebruikt worden om onderscheid te maken tussen subtypes van spanningshoofdpijn; A: infrequent, B: frequent en C: chronisch.</p>	<p>T1. Esta pergunta poderá ser usada para distinguir entre subtipos de dor de cabeça tensional: A: infrequente, B: frequente, C: crônica</p> <p>T2. Esta pergunta pode ser usada para distinguir subtipos de dores de cabeça tensionais.</p>	<p>** Esta pergunta pode ser usada para distinguir subtipos de dores de cabeça tensionais: A: infrequente, B: frequente, C: crônica</p>
<p>T1: tradução 1; T2: tradução 2; T12: versão de síntese</p>		

MATERIAL SUPLEMENTAR 2

Versão original (HSQ-DV), T12 e retro-tradução (BT1 & BT2).

Original	T12	BT1 & BT2
Titulo. Hoofdpijnvragenlijst (Headache Screening Questionnaire – Dutch Version)	Titulo. Questionário de triagem de dor de cabeça	BT1: Vragenlijst voor het onderzoek en specificatie van hoofdpijn BT2: Vragenlijst over types hoofdpijn.
Item 1. Hoe vaak in uw leven heeft u hoofdpijn gehad? A. 1 – 4 keer B. 5 – 9 keer C. ≥ 10 keer	Item 1. Quantas vezes na sua vida você teve dor de cabeça? A. 1 – 4 vezes B. 5 – 9 vezes C. 10 vezes ou mais	BT 1: Hoe vaak in je leven heb je hoofdpijn gehad? A. 1 – 4 keer B. 5 – 9 keer C. 10 keer of vaker BT2: Hoe vaak heeft u in uw leven last van hoofdpijn gehad? A. 1 – 4 keer B. 5 – 9 keer C. 10 keer of meer
Item 2. Terugkijkend op de vorige vraag, hoe vaak zou u die hoofdpijnmomenten als een hoofdpijnaanval omschrijven? A. 0 – 4 keer B. 5 – 9 keer C. ≥ 10 keer	Item 2. Com base na pergunta anterior, quantas vezes você consideraria que essas dores de cabeça foram um ataque repentino? A. 0 – 4 vezes B. 5 – 9 vezes C. 10 vezes ou mais	BT1: Hoe vaak van deze keren dat je hoofdpijn had, zou je die hoofdpijn aanmerken als een plotselinge hoofdpijnaanval? A. 0 – 4 keer B. 5 – 9 keer C. 10 keer of vaker BT2: Op basis van de vorige vraag, hoe vaak had u toen last van een plotselinge hoofdpijn? A. 0 – 4 keer B. 5 – 9 keer C. 10 keer of meer
Item 3. Hoe vaak per maand heeft u hoofdpijn? A. < 1 per maand B. ≥1 ≤ 15 per maand C. ≥15 per maand	Item 3. Quantas vezes por mês você tem dor de cabeça? A. menos de 1 vez por mês B. entre 1 e 15 vezes por mês C. 15 vezes ou mais por mês	BT1: Hoe vaak per maand heb je hoofdpijn? A. minder dan 1 keer per maand B. tussen de 1 en 15 keer per maand C. 15 keer of vaker per maand BT 2: Hoe vaak per maand heeft u last van hoofdpijn? A. minder dan 1 keer per maand B. tussen 1 en 15 keer per maand C. 15 keer of vaker per maand
Item 4. Hoe lang duurt uw hoofdpijn, wanneer u geen medicatie gebruikt?	Item 4. Quanto dura sua dor de cabeça quando você não está usando remédio?	BT1: Hoelang duurt je hoofdpijn voort als je geen pijnstiller gebruikt? A. 0 – 30 minuten B. 30 minuten – 4 uur C. 4 uur – 3 dagen

<p>A. 0 - 30 minuten B. 30 minuten - 4 uur C. 4 uur – 3 dagen D. 3 – 7 dagen E. >7 dagen</p>	<p>A. 0 - 30 minutos B. 30 minutos - 4 horas C. 4 horas – 3 dias D. 3 – 7 dias E. mais de 7 dias</p>	<p>D. 3 – 7 dagen E. meer dan 7 dagen</p> <p>BT2: Hoe lang duurt uw hoofdpijn als u geen medicijnen gebruikt? A. 0 - 30 minuten B. 30 minuten - 4 uur C. 4 uur – 3 dagen D. 3 – 7 dagen E. langer dan 7 dagen</p>
<p>Item 5. Welk woord zou u gebruiken om uw hoofdpijn te kenmerken? A. Pulserend gevoel B. Strak of drukkend gevoel C. Brandend of stekend gevoel D. Anders, nl</p>	<p>Item 5. Quais palavras você usaria para descrever sua dor de cabeça? A. Sensação latejante B. Aperto ou sensação de pressão C. Sensação de queimação ou ardência D. Outro, especifique </p>	<p>BT1: Met welke woorden zou je je hoofdpijn beschrijven? A. Een kloppend gevoel B. Een afknellend of drukkend gevoel C. Een branderig of gloeiend gevoel D. Iets anders, namelijk</p> <p>BT2: Hoe omschrijft u uw hoofdpijn? A. kloppend gevoel B. beklemmend of drukkend gevoel C. brandend gevoel D. anders, namelijk</p>
<p>Item 6. Is uw hoofdpijn eenzijdig of tweezijdig van aard? A. Eenzijdig B. Tweezijdig</p>	<p>Item 6. A sua cabeça dói de um lado ou dos dois lados? A. Um lado B. Dois lados</p>	<p>BT1: Heb je hoofdpijn aan één kant van je hoofd of aan twee kanten? A. Eén kant B. Twee kanten</p> <p>BT2: Heeft u aan één of twee kanten hoofdpijn? A. één kant B. twee kanten</p>
<p>Item 7. Omschrijf de ernst van uw hoofdpijn. A. Mild B. Matig C. Ernstig D. Zeer ernstig</p>	<p>Item 7. Descreva a intensidade da sua dor de cabeça. A. Suave B. Moderada C. Intensa D. Muito intensa</p>	<p>BT1: Beschrijf de intensiteit van je hoofdpijn A. Licht B. Gemiddeld C. Intens D. Erg intens</p> <p>BT2: Wat is de intensiteit van uw hoofdpijn? A. Licht B. Matig C. Fel D. Heel fel</p>
<p>Geef bij de volgende stellingen aan of deze bij u van toepassing zijn</p>	<p>Das afirmações abaixo quais são verdadeiras quando você tem dor de cabeça?</p>	<p>BT1: Welke van de onderstaande beweringen zijn waar als je hoofdpijn hebt?</p> <p>BT2: Welke van de onderstaande beweringen zijn waar als u last van hoofdpijn heeft?</p>

wanneer u hoofdpijn heeft.

<p>Item 8. Dagelijkse activiteiten (bv. traplopen of lopen) verergeren mijn hoofdpijn. A. Ja B. Nee</p>	<p>Item 8. Atividades diárias (por exemplo subir escadas ou caminhar) pioram a minha dor de cabeça. A. Sim B. Não</p>	<p>BT1: Dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld de trap opgaan of lopen) verslechteren mijn hoofdpijn. A. Waar B. Onwaar BT2: Dagelijkse activiteiten (zoals traplopen of lopen) verslechteren mijn hoofdpijn. A. Ja B. Nee</p>
<p>Item 9. Ik vermijd dagelijkse activiteiten wanneer ik hoofdpijn heb. A. Ja B. Nee</p>	<p>Item 9. Evito atividades diárias quando tenho dor de cabeça. A. Sim B. Não</p>	<p>BT1: Ik vermijd dagelijkse activiteiten als ik hoofdpijn heb. A. Waar B. Onwaar BT2: Ik vermijd dagelijkse activiteiten als ik last van hoofdpijn heb. A. Ja B. Nee</p>
<p>Item 10. Omschrijf wat u tijdens de hoofdpijn ervaart. (meerdere antwoorden mogelijk) A. Gevoelig voor licht B. Gevoelig voor geluid C. Misselijkheid en/of overgeven D. Geen van bovengenoemde antwoorden E. Anders, namelijk</p>	<p>Item 10. Descreva o que você sente quando tem dor de cabeça (mais de uma resposta é possível). A. Sensibilidade à luz B. Sensibilidade ao som C. Náusea e/ou vômito D. Nenhuma das opções acima E. Outro, especifique</p>	<p>BT1: Beschrijf wat je voelt wanneer je hoofdpijn hebt (meer dan één antwoord mogelijk) A. Gevoeligheid voor licht B. Gevoeligheid voor geluid C. Misselijkheid en/of braakneigingen D. Geen van bovenstaande mogelijkheden E. Iets anders, namelijk BT2: Wat is de intensiteit van uw hoofdpijn? A. Gevoeligheid voor licht B. Gevoeligheid voor geluid C. Misselijkheid en/of braakneigingen D. Geen van bovenstaande mogelijkheden E. Iets anders, namelijk</p>
<p>Algoritmo migrânea. Scoring Algoritme `Headache Screening Questionnaire` - MIGRAINE</p>	<p>Algoritmo de Pontuação "Questionário de triagem/rastreamento de dor de cabeça." - Migrânea</p>	<p>BT1: Instructies voor de puntentelling "Vragenlijst voor het onderzoek en specificatie van hoofdpijn"- Migraine BT2: Beoordelingschaal "Vragenlijst over types hoofdpijn." - Migraine</p>

<p> DOMEIN A: Domínio FREQUENTIE FREQUÊNCIA DOMEIN B: TIJD Domínio B: TEMPO DOMEIN C: Domínio KARAKTERASTIE CARACTERÍSTIC KEN – max 2 punten AS – Máximo 2 DOMEIN D: pontos SYMPTOMEN – Domínio max 2 punten SINTOMAS – Totale score Máximo 2 pontos migraine: Pontuação total para Domeinen zijn enxaqueca: gebaseerd op ICHD-3 criteria voor migraine Domínios são baseados na classificação internacional de cefaleias ICHD-3 Critérios para enxaqueca </p>	<p> A: Domínio FREQUÊNCIA Domínio B: TEMPO C: Domínio CARACTERÍSTIC AS – Máximo 2 D: pontos Domínio SINTOMAS – Máximo 2 pontos Pontuação total para enxaqueca: Domínios são baseados na classificação internacional de cefaleias ICHD-3 Critérios para enxaqueca </p>	<p> BT1: DOMEIN A: FREQUENTIE DOMEIN B: TIJD DOMEIN C: KARAKTERASTIEKEN – max 2 punten DOMEIN D: SYMPTOMEN – max 2 punten Totale score migraine: Domeinen zijn gebaseerd op ICHD-3 criteria voor migraine BT 2: Categorie A: FREQUENTIE Categorie B: TIJD Categorie C: EIGENSCHAPPEN – Maximaal 2 punten Categorie D: SYMPTOMEN – Maximaal 2 punten Puntentelling voor migraine: De categorieën zijn gebaseerd op de migraine criteria van de internationale hoofdpijn classificatie (ICHD-3). </p>
<p>* Deze vraag gebruikt worden om onderscheid te maken tussen migraine en chronische migraine.</p>	<p>* Esta pergunta pode ser usada para distinguir entre migrânea ou migrânea crônica.</p>	<p>BT1: Deze vraag kan gebruikt worden om een onderscheid te maken tussen migraine em chronische migraine. BT2: Deze vraag kan worden gebruikt om een onderscheid te maken tussen migraine en chronische migraine.</p>
<p>Ctt. Scoring Algoritme `Headache Screening Questionnaire` - spanningshoofdpijn</p>	<p>Algoritmo de Pontuação “Questionário de triagem/rastreament o de dor de cabeça.” - Cefaleia tipo tensional</p>	<p>BT1: Instructies voor de puntentelling “Vragenlijst voor het onderzoek en specificatie van hoofdpijn”- Spanningshoofdpijn BT2: Beoordelingsschaal “Vragenlijst over types hoofdpijn.” – Spanningshoofdpijn</p>
<p>ICHD-3.Totale score spanningshoofdpijn: Domeinen zijn gebaseerd op ICHD-3 criteria voor spanningshoofdpijn</p>	<p>Os domínios são baseados nos critérios para cefaleia tipo tensional da classificação internacional de cefaleias (ICHD-3).</p>	<p>BT1: Totaal aantal punten ten aanzien van spanningshoofdpijn: De onderdelen zijn gebaseerd op de criteria voor spanningshoofdpijn volgens de internationale classificatie van hoofdpijnstoornissen (ICHD-3). BT2: Puntentelling voor spanningshoofdpijn: De domeinen zijn gebaseerd op de spanningshoofdpijn criteria van de internationale hoofdpijn classificatie (ICHD-3).</p>
<p>* Deze vraag is niet van toepassing voor spanningshoofdpijn.</p>	<p>* Esta pergunta não se aplica a cefaleia tipo tensional.</p>	<p>BT1: Deze vraag hoeft niet gesteld te worden bij spanningshoofdpijn. BT2: Deze vraag heeft geen betrekking op spanningshoofdpijn.</p>

** Deze vraag kan gebruikt worden om onderscheid te maken tussen subtypes van spanningshoofdpijn; A: infrequent, B: frequent en C: chronisch.

** Esta pergunta pode ser usada para distinguir subtipos de dores de cabeça tensionais: A infrequente, B frequente, C crônica

BT1: Deze vraag zal gebruikt kunnen worden om een onderscheid te maken tussen de subtypen spanningshoofdpijn: A soms, B regelmatig, C Chronisch.

BT2: Deze vraag kan worden gebruikt om een onderscheid te maken tussen soorten hoofdpijn: A incidenteel, B frequent, C chronisch.

T12: versão de síntese; **BT1:** retro-tradução 1 1; **BT2:** retro-tradução 2

MATERIAL SUPLEMENTAR 3

Algoritmo De Pontuação Questionário Para Triagem De Cefaleias. – MIGRÂNEA

DOMÍNIO A: FREQUÊNCIA

1. Quantas vezes na sua vida você teve dor de cabeça?

↓ 0 Pt ↓ 0 Pt ↓ 0 Pt
A B C

2. Com base na pergunta anterior, quantas dessas vezes você considera terem sido uma crise de dor de cabeça?

↓ 0 Pt ↓ 2 Pt ↓ 2 Pt
A B C

3*. Quantas vezes por mês você tem dor de cabeça?

↓ ↓ ↓
A B C

DOMÍNIO B: DURAÇÃO

4. Quanto dura sua dor de cabeça se você não usar remédio?

↓ 0 Pt ↓ 0 Pt ↓ 2 Pt ↓ 0 Pt ↓ 0 Pt
A B C D E

Legenda

Pt = Ponto

	Pontuação	
Domínio A (máx. 2 pontos)	0	2
Domínio B (máx. 2 pontos)	0	2
Domínio C (máx. 2 pontos)	0	1 / 2
Domínio D (máx. 2 pontos)	0	1 / 2

Pontuação Total Para Migrânea:

Esses domínios são baseados no ICHD-3 - critérios para migrânea.

DOMÍNIO C: CARACTERÍSTICAS – máx. 2 pontos

5. Quais palavras você usaria para descrever sua dor de cabeça?

↓ 1 Pt ↓ 0 Pt ↓ 0 Pt ↓ 0 Pt
A B C D

6. Sua cabeça dói de um lado ou dos dois lados?

↓ 1 Pt ↓ 0 Pt
A B

7. Descreva a intensidade da sua dor de cabeça.

↓ 0 Pt ↓ 1 Pt ↓ 1 Pt ↓ 0 Pt
A B C D

8. Atividades diárias (por exemplo subir escadas ou caminhar) pioram a minha dor de cabeça.

↓ 1 Pt ↓ 0 Pt
A B

9. Evito atividades diárias quando tenho dor de cabeça.

↓ 1 Pt ↓ 0 Pt
A B

DOMÍNIO D: SINTOMAS – máx. 2 pontos

10. Descreva o que você sente quando tem dor de cabeça (mais de uma resposta é possível).

↓ 1 Pt ↓ 1 Pt ↓ 2 Pt ↓ 0 Pt ↓ 0 Pt
A B C D E

* Esta pergunta pode ser usada para distinguir entre migrânea episódica ou migrânea crônica.

MATERIAL SUPLEMENTAR 4

Algoritmo De Pontuação Questionário Para Triagem De Cefaleias – CEFALEIA DO TIPO TENSÃO

DOMÍNIO A: FREQUÊNCIA

1. Quantas vezes na sua vida você teve dor de cabeça?

↓ 0 Pt ↓ 0 Pt ↓ 2 Pt
A B C

2*. Com base na pergunta anterior, quantas dessas vezes você considera terem sido uma crise de dor cabeça?

↓ ↓ ↓
A B C

3**. Quantas vezes por mês você tem dor de cabeça?

↓ ↓ ↓
A B C

DOMÍNIO B: DURAÇÃO

4. Quanto dura sua dor de cabeça se você não usar remédio?

↓ 0 Pt ↓ 2 Pt ↓ 2 Pt ↓ 2 Pt ↓ 0 Pt
A B C D E
2 Pt se 3 = C

Legenda

Pt = Ponto

CTT = Cefaleia do tipo tensão

	Pontuação	
Domínio A (máx. 2 pontos)	0	/ 2
Domínio B (máx. 2 pontos)	0	/ 2
Domínio C (máx. 2 pontos)	0	/ 1 / 2
Domínio D (máx. 2 pontos)	0	/ 1 / 2

Pontuação Total Para CTT:

Esses domínios são baseados no ICHD-3 - critérios para cefaleia do tipo tensão.

DOMÍNIO C: CARACTERÍSTICAS – máx. 2 pontos

5. Quais palavras você usaria para descrever sua dor de cabeça?

↓ 0 Pt ↓ 1 Pt ↓ 0 Pt ↓ 0 Pt
A B C D

6. Sua cabeça dói de um lado ou dos dois lados?

↓ 0 Pt ↓ 1 Pt
A B

7. Descreva a intensidade da sua dor de cabeça.

↓ 0 Pt ↓ 1 Pt ↓ 0 Pt ↓ 0 Pt
A B C D

8. Atividades diárias (por exemplo subir escadas ou caminhar) pioram a minha dor de cabeça.

↓ 0 Pt ↓ 1 Pt
A B

9. Evito atividades diárias quando tenho dor de cabeça.

↓ 0 Pt ↓ 0 Pt
A B

DOMÍNIO D: SINTOMAS – máx. 2 pontos

10. Descreva o que você sente quando tem dor de cabeça (mais de uma resposta é possível).

↓ 1 Pt ↓ 1 Pt ↓ 0 Pt ↓ 2 Pt ↓ 2 Pt
A B C D E

Quando A e B presentes: 0 Pt

Ausência de C: 1Pt

Quando A, B e C presentes: 0 Pt

* Esta pergunta não se aplica a cefaleia do tipo tensão.

** Esta pergunta poderá ser usada para distinguir entre subtipos de cefaleias do tipo tensão: A infrequente, B frequente, C crônica.