

1. INTRODUÇÃO

Apesar de assuntos pesquisados há décadas, estudos ainda são necessários para entender a cefaléia e a tomada de decisão em todos seus aspectos. E ainda são recentes e escassos os trabalhos sobre a relação da cefaléia no processo de tomada de decisão e em seus aspectos cognitivos.

Para que o sistema de decisão seja eficiente e eficaz, muitos são os processos cognitivos envolvidos. E para que haja maior efetividade na tomada de decisão estes processos devem estar intactos ou bem administrados, pois existe uma relação direta entre o nível de maturação dos estágios cognitivos de Piaget¹ com o desenvolvimento e elaboração das *funções cognitivas de ordem superior*, também conhecida por funções cognitivas complexas que englobariam memória de trabalho (operacional), flexibilidade mental (cognitiva), inibição de comportamento, tomada de decisão e controle cognitivo do comportamento (Hooper *et al.*, 2004). Hoje o conceito é melhor definido por *funções executivas* que consiste num conjunto de processos cognitivos integrados que permitem ao indivíduo direcionar, avaliar a eficiência e adequar comportamentos, nestes processos além das funções cognitivas de ordem superior citadas seriam compreendidos ainda planejamento, atenção, fluência, criatividade e categorização (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010).

A tomada de decisão rápida e eficiente tem sido uma das características mais requisitadas ao profissional na atualidade. Dentre estes, os profissionais com maior aumento na taxa de participação no mercado são as mulheres. As características que podem ser citadas que valorizam estas trabalhadoras e que podem estar relacionadas com sua ascensão inclusive a cargos de confiança, como é o caso de

1 Os estágios vão de 0 a 14 anos de idade, e vão desde o desenvolvimento motor e sensorial, da percepção, passando pela intencionalidade, linguagem, categorização, egocentrismo, até o desenvolvimento do raciocínio, da abstração e do julgamento moral (BERK, 1997)

empresas que percebem “o estilo de liderança da mulher vantajosamente diferenciado valorizando sua flexibilidade e visão”. Estilo “mais participativo e descentralizador”, em que são consideradas “mais sensíveis e flexíveis e com mais paciência de ouvir seus subordinados, enquanto que os homens são mais radicais”; ou ainda como conseguindo equilibrar ambas as qualidades de objetividade e sensibilidade (BENZE e FILHO, 2003, p.7).

Dentre os atributos valorizados na mulher estão: diferenciais de nível educacional, motivação para o auto-desenvolvimento, prontidão para mudanças (flexibilidade, curiosidade, criatividade, visão ampla, coragem para mudar, capacidade de agir e solucionar problemas), habilidades de relacionamento interpessoal e grupal (REIS, 2004). Ainda assim as mulheres precisam se esforçar mais para ter sucesso, ser mais respeitadas e reconhecidas em comparação com o sexo masculino (BENZE e FILHO, 2003) e são mais cobradas por isto, principalmente quanto a comportamentos como controle emocional, com inibição de comportamento.

A cobrança excessiva, as expectativas organizacionais e as exigências sobre o profissional muitas vezes são a causa de estresse. Uma das conseqüências mais frequentes do estresse emocional, é a cefaléia (PETERSEN e NUNES, 2002). É sabido que a dor crônica pode prejudicar a performance em atividades de vida diária e laboral (APKARIAN, 2004) e assim, numa perspectiva individual, a qualidade de vida, o panorama financeiro e inclusive social podem ficar comprometidos na presença da cefaléia; e pelo ângulo da organização, pode gerar custos e desequilibrar a dinâmica e produtividade da empresa (ZUKERMAN *et al.*, 2004).

Sendo a cefaléia primária um acometimento que está presente com freqüência na população feminina em idade produtiva, é importante que as implicações das variáveis sejam conhecidas.

1.1. CEFALÉIA PRIMÁRIA

A cefaléia para ser considerada primária deve ocorrer independentemente de qualquer outro acometimento. Pode-se dizer que “As cefaléias primárias são, elas próprias, a doença e o sintoma” (BARACAT, 2011, p.172). Já quando “ocorre pela primeira vez em estreita relação temporal com outro transtorno que é reconhecido como uma causa de cefaléia, esta é classificada como uma cefaléia secundária ao outro transtorno.” (SIC, 2004, p.41).

O Subcomitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC) divide as cefaléias primárias em quatro grandes grupos, que então se subdividem de acordo com sua especificidade (ANEXO I), sendo estes:

1. Migrânea
2. Cefaléia do tipo tensional (CTT)
3. Cefaléia em salvas
4. Outras cefaléias primárias

É importante na avaliação diagnóstica, a diferenciação se encontra em variáveis como: número de crises, tempo de duração, horário das crises, frequência, instalação e evolução, tipo e localização e intensidade da dor, se preenche requisito específico ou número mínimo de requisitos, presença/ausência de algum sinal ou sintoma associado, histórico (ANEXO II) (SIC, 2004; SPECIALI, 1997; BIGAL e SPECIALI, 2004; FLORES e COSTA JUNIOR, 2004; JÚNIOR, 2004; BARACAT, 2011).

Estudos que se referem a cefaléias primárias em diferentes populações e tipos (CTT e migrânea, por período médio de 1 ano), relatam uma alta prevalência (entre 84 e 95% da população), principalmente em adultos jovens e acometendo mulheres

(VINCENT *et al.*, 1998; TSUJI e CARVALHO, 2002; DOMINGUES *et al.*, 2004; PIZZATTO, 2006; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA e CONSELHO FEDERAL de MEDICINA, 2009). Segundo Tsuji e Carvalho (2002) a concentração dos indivíduos com cefaléia está entre os de maior nível educacional, equivalendo a 62,2% (entre pessoas com ensino pós médio, ensino superior e pós graduação).

Stovner (2007) enfatiza uma maior prevalência de CTT, quase três vezes maior que de migrânea, 42% e 11%, respectivamente, na população adulta. Schwartz *et al.* (1998) observaram que 11,8% de pacientes com CTT relataram perda de dia de trabalho e outros 46,5% redução da produtividade.

Na realidade da população da Grande Vitória, Domingues *et al.* (2004) também encontraram uma prevalência alta de 52,8% de portadores de cefaléia, com o mesmo perfil de maior freqüência no sexo feminino (63,9%) e em pessoas com menos de 55 anos.

Autores apontam para uma provável freqüência mais elevada do que o encontrado pois a maioria dos acometidos não procura tratamento (VINCENT *et al.*, 1998; TSUJI e CARVALHO, 2002; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA e CONSELHO FEDERAL de MEDICINA, 2009), e que muitos outros não seguem o tratamento o que diminui suas capacidades e qualidade de vida (BIGAL e SPECIALI, 2004). É preocupante também o fato de muitos acometidos se automedicarem, possivelmente em excesso, visto que a cefaléia episódica poder evoluir para cefaléia crônica (VINCENT *et al.*, 1998; TSUJI e CARVALHO, 2002; DOMINGUES *et al.*, 2004; ZUKERMAN, 2004; PIZZATTO, 2006), ou ainda procurarem na ingestão de bebidas alcoólicas ou na realização de atividades prazerosas, um paliativo para o alívio dos sintomas (FLORES e COSTA JUNIOR, 2004).

O mais alarmante vem das possíveis justificativas hipotetizadas por Vincent *et al.* (1998) para maior incidência e prejuízo real à empresa e ao indivíduo:

“1) Os indivíduos tendem a esquecer ou minimizar a importância de suas crises, sobretudo se ocorrerem há mais de 2 semanas; 2) Existe a possibilidade de indivíduos omitirem ou minimizarem a interferência no seu trabalho temendo represálias por parte da empresa; 3) Funcionários podem ter proporcionalmente mais horas com cefaléia durante o período de trabalho devido a estresse ou cansaço”. (VINCENT *et al.*, 1998, p.741)

Existe uma complexidade na multiplicidade de fatores envolvidos na etiologia das cefaléias (biológicos, emocionais, psicológicos, sociais) (FLORES e COSTA JUNIOR, 2004; SANTOS *et al.*, 2007). E, Flores e Costa Junior (2004) concluem que não é possível a identificação de um único determinante. Dentre os fatores envolvidos mais citados estão: os de origem vascular (PETERSEN e NUNES, 2004), os de origem periférica, devido a alterações musculares e/ou articulares (BARACAT, 2011; PETERSEN e NUNES, 2004) ou, ainda, a combinação de ambas origens (PETERSEN e NUNES, 2004), além de mecanismo neuronal subjacente (VINCENT, 1998).

Um fator fortemente associado com a cefaléia é o estresse. É comum indivíduos relatarem dores de cabeça quando em situações de grande estresse, longos períodos sob forte pressão emocional ou até após intensa atividade intelectual/cognitiva (PIZZATTO, 2009). Na presença de situações de estresse, *pontos de gatilho* podem ser ativados, o que desencadeariam síndromes dolorosas e até funcionalmente incapacitantes (JUNIOR, 2011).

Tsuji e Carvalho (2002) desenvolvem que

"quando o indivíduo percebe uma situação como ameaçadora, é desencadeada a ativação do sistema nervoso simpático e o eixo hipotálamo – hipófise - adrenal (HHA), reversível se de curta duração. Se houver exposição prolongada (semanas, meses ou anos) aos hormônios do estresse, ocorre inativação ineficiente com sobrecarga: aumento da pressão arterial, aceleração de aterosclerose, ansiedade constante, perda da capacidade de inativar o sistema de estresse quando este cessar, alteração na densidade óssea por inibição da formação óssea pela exposição crônica ao cortisol elevado, perda de peso, amenorréia. Podendo inclusive levar à ativação de outros sistemas, causando uma maior susceptibilidade a distúrbios auto-imunes e inflamatórios, até podendo destruir os neurônios hipocampais". (TSUJI e CARVALHO, 2002, p.132)

Matta e Filho (2003) atribuem o estado algico muscular e o aumento do tônus da musculatura pericraniana, presentes na cefaléia, à "reação individual ao estresse".

Como fator associado, é possível citar também o uso do contraceptivo oral que pode estar associado a uma piora da enxaqueca no período menstrual. (SILBERSTEIN e PERES, 2004; PIZZATTO, 2006). Isto porque as flutuações de estrogênio geram mudanças neuroquímicas importantes na transmissão do sinal de dor, incluindo a serotonina, o ácido gama-amino-butírico e as encefalinas (MARCUS, 2001).

Estudos apontam relações também com algumas desordens psíquicas. Pizzatto (2006) conclui que altos níveis de ansiedade foram variáveis que se mostraram estatisticamente associadas à cefaléia, em que indivíduos com maiores taxas de ansiedade apresentam maiores índices de cefaléia auto-referida. A relação provavelmente está ligada à antecipação de expectativas que trazem insegurança, que vem, segundo Domingues *et al.* (2004), acompanhada de sentimentos de constrição respiratória e hiperventilação, podendo ainda levar a tensões musculares, causando dores, agitação e desconfortos somáticos.

O próprio medo de sentir dor está diretamente relacionado com a severidade da cefaléia, conforme coloca Norton e Asmundson (2004). Em seus resultados trazem evidências de que esta sensibilidade tem papel importante no medo relacionado à dor e nos comportamentos de fuga e esquiva.

Domingues *et al.* (2008) confirmam a comorbidade associativa entre depressão e migrânea, enquanto Matta e Filho (2003) demonstram a alta relação entre sintomas depressivos com as cefaléias do tipo tensional. Matta e Filho (2003) uma possível atuação da depressão seria de ação em nível central como facilitadora de aferências dolorosas (MATTA e FILHO, 2003).

Outros componentes comportamentais e emocionais também são estudados e mencionados em relação à cefaléia, como é o caso do transtorno bipolar. É imprescindível lembrar a participação do sistema límbico e o circuito de Papez que trazem à doença todo o contexto social em que vive e trabalha o indivíduo com cefaléia (TSUJI e CARVALHO, 2002). Pizzatto (2006) encontrou correlações entre a cefaléia e comportamentos de irritabilidade (em 38,8% do total de entrevistados), de isolamento (em 40,6%) e mesmo de dificuldades em conviver com terceiros (em 22,4%).

Flores e Costa Junior (2004, p.27) citam um estudo realizado por Holm, Lamberty, McSherry e Davis (1997) em que o resultado sugere que “os indivíduos com cefaléia de tensão adotam uma visão mais pessimista da realidade, agindo de acordo com essas crenças pessoais”. Outro comportamento adotado em alta probabilidade por pessoas com cefaléia, ainda segundo Flores e Costa Junior (2004), é de, percebendo eventos rotineiros como estressores, escolher estratégias menos efetivas para o enfrentamento de problemas como optar pela fuga e esquiva associadas a uma atitude geral de conformismo, especialmente quando o problema parece fugir ao seu controle.

Tsuji e Carvalho (2002, p.132) colocam que: “O homem cujo corpo adoece tem o psiquismo alterado de alguma forma. Por outro lado, o homem que tem conflitos intrapsíquicos, leva repercussões para seu corpo”. Com isto não se deve desconsiderar os efeitos psicossomáticos², principalmente, conforme Raper e Barlow (1991 *apud* PIZZATTO, 2006), quando as queixas vêm acompanhadas de sentimento de fragilidade, carência afetiva e sentimento de incapacidade. Até porque as mesmas emoções que excitam o sistema simpático produzem também aumento do tônus muscular em todo o corpo (GUYTON, 1998).

Pelas variadas apresentações, etiologias, fisiopatologias e características das cefaléias primárias, os tratamentos também variam. Existem os tratamentos farmacológicos de contenção da crise, os farmacológicos profiláticos, e os não-farmacológicos.

Entre os tratamentos farmacológicos, dependendo do tipo e da intensidade da crise, mais utilizados estão: antieméticos, analgésicos e antiinflamatórios não hormonais, ergotamina, triptanos ou analgésicos potentes (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA e CONSELHO FEDERAL de MEDICINA, 2009; FLORES e COSTA JUNIOR, 2004; SANTOS *et al.*, 2007).

Os fármacos profiláticos mais utilizados são: os beta-bloqueadores, os anticonvulsivantes, os corticóides, a toxina butolínica, os bloqueadores de canal de cálcio, e os antidepressivos tricíclicos (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009). Holroyd *et al.* (2001) defendem, que o mais indicado para o tratamento de CTT é a combinação entre medicação antidepressiva e terapia de gerenciamento de estresse.

2 Um efeito corporal (do soma/ somático) produzido por estimulação(ões) psicológica(s)

Os tratamentos não-farmacológicos podem incluir as mais diversas terapias que podem ocorrer paralelamente e em conjunto com os medicamentosos. Dentre os aconselhados estão: a acupuntura (que pode produzir efeitos por meio da estimulação de fibras A delta na pele e tecido muscular, resultando na liberação de neurotransmissores), a massoterapia, a fisioterapia convencional (pela técnica mais adequada podendo ser de relaxamento, de fortalecimento craniocervical, de alongamentos da musculatura cervical, pericraniana e da cintura escapular), osteopatia (a inativação desses pontos gatilho), psicoterapias (hipnoterapia e terapia cognitiva), biofeedback (visam a aumentar a habilidade do indivíduo no controle voluntário de respostas físicas) (SANTOS *et al.*, 2007; FLORES e COSTA JUNIOR, 2004; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA e CONSELHO FEDERAL de MEDICINA, 200; JÚNIOR, 2011). A terapia ocupacional auxilia no gerenciamento do estresse, na readequação da rotina, na promoção de melhor nível de qualidade de vida, no auxílio à novas perspectivas e no controle emocional.

É importante ao levantar a queixa do indivíduo que sofre com a cefaléia primária, considerar os fatores prejudiciais e incapacitantes levando em conta sua realidade e contexto social e ocupacional, visando uma perspectiva mais ampliada e um tratamento adequado para cada indivíduo.

1.2. TOMADA DE DECISÃO E SEUS ASPECTOS COGNITIVOS:

Tomada de decisão é, segundo Hunt e Osborn (1999), o processo de escolha de um curso de ação para lidar com um problema ou oportunidade. Autores como Simon (1987), Damasio *et al.* (2000), Ernst e Paulus (2005), Tonetto *et al.* (2006), Lehrer (2009), Malloy-Diniz *et al.* (2010), dividem o processo de tomada de decisão com propósito facilitar seu entendimento e possibilitar análise mais cuidadosa e passível de pesquisa, tendo em comum uma estrutura de entrada de informação-

processamento-execução-retorno do resultado da ação (do inglês: “*input-process-output-feedback*”).

O modelo adotado neste trabalho é o proposto por Ernst e Paulus (2005), por ser bem estruturado e abrangente, e considerar que os aspectos cognitivos (a que se referem como “construtos psicológicos”) podem estar envolvidos em todos os estágios em variados graus. Sendo:

O *Estágio 1* da Tomada de Decisão: *Formando Preferências*, em que cada fator que influi no desenvolvimento da preferência (p.ex.: características, valor relativo, número de opções, experiências anteriores, expectativas, contexto interno e externo) é codificado por um circuito específico e modulado por diferentes sistemas. Rocha (2009) coloca a existência da *regra de parada* (do inglês: “*stopping rule*”), em que as opções disponíveis são limitadas a um número passível de ser avaliado e processado. Nesta etapa estariam envolvidos em maior relevância: o córtex parietal, envolvido na computação e acesso às probabilidades; o córtex cingulado anterior (CCA), controlando e selecionando comportamento apropriado e monitorando erros e respostas incorretas; o córtex orbitofrontal (COF), processando, avaliando e filtrando informações sociais e emocionais; o córtex dorsolateral direito (DLC), selecionando, através de conexões, informação da memória de trabalho, planejamento e flexibilidade; os giros medial esquerdo e frontal inferior, raciocinando³. Recruta ainda, juntamente ao COF e CCA, os núcleos amigdalóides (Am) e a ínsula, para os aspectos afetivos.

É importante ressaltar aqui a “Hipótese do Marcador Somático” que defende que escolher de forma vantajosa numa tomada de decisão sob incerteza é correlato ao

3 Processo de formar conclusões através de argumentos, julgamentos, inferências, etc. (The American Heritage Dictionary)

desenvolvimento antecipado da resposta de condutância da pele (SCR), que ativariam processos viscerais e músculoesqueléticos inconscientes e involuntários que servem como sinalizadores de risco ou vantagem (BECHARA *et al.*, 1999; TRANEL, BECHARA e DAMASIO, 2000; MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010).

O *Estágio 2* da Tomada de Decisão: *Executando a Ação*, em que inibições precisam ser feitas, seqüências têm que ser implementadas, a precisão da performance deve ser monitorada, erros corrigidos, ações planejadas e os resultados esperados da ação devem ser antecipados. Neste estágio é que podemos observar ações incompletas, insuficientemente motivadas, mal planejadas ou gerenciadas, iniciadas prematura ou tardiamente. Além das estruturas motoras, estão envolvidos em maior grau: o CCA (monitorando erros e detectando conflitos); CPF lateral (monitorando a ação e guiando ações compensatórias); núcleo acumbente (nos aspectos motivacionais da ação) junto a Am, prosencéfalo basal e córtex pré-frontal ventrolateral (CPFVL).

O *Estágio 3* da Tomada de Decisão: *Experienciando a Ação Realizada*, em que valores são atribuídos, características físicas e emocionais são codificadas, grau de surpresa é mensurado, fatores contrafactuais são ponderados, o desempenho reavaliado (agora com o “real”, não mais com o “esperado”). Os neurônios dopaminérgicos do striatum ventral e do COF computam valor esperado e real da ação resultante, que servirá como sinal de aprendizagem que permite comportamento adaptativo. Ínsula, núcleo acumbente, Am e COF são recrutados para o processamento emocional. E o CPF medial, envolvido na retro-alimentação, acessa o prazer, procura recompensa e forma associações. Marcadores somáticos são novamente ativados nesta etapa.

É interessante acrescentar que nesse estágio, alguns achados complementam diferentes características de indivíduos que são motivados pelo alcance de seus

resultados esperados, enquanto outros são impulsionados a atingir melhores resultados que os esperados, e ainda outros que simplesmente querem evitar resultados negativos. Frank *et al.* (2009) demonstram que estes três aspectos podem estar associados com fatores genéticos independentes.

Com visão similar, Hunt e Osborn (1999) propõe uma hierarquização de processos no intuito de facilitar as decisões sistemáticas em cinco passos básicos:

1. Reconhecer e definir um problema ou oportunidade;
2. Identificar e analisar cursos alternativos de ação;
3. Escolher um curso de ação;
4. Implementar o curso de ação preferido;
5. Avaliar os resultados e tomar ações corretivas conforme necessário.

Mas diante da complexidade, da disponibilidade de informação e da velocidade de mudanças no mundo atual, nem sempre há tempo disponível para uma análise ponderada e elaborada para a tomada de decisão. Nestes momentos é que lançamos mão de estratégias “automatizadas” (ou heurísticas) que facilitam e agilizam o processo decisório, mas que são mais passíveis de erros e enganos.

Bazerman (2004 *apud* OLIVEIRA, 2009) diz que existem três grupos básicos de regras práticas ou heurísticas de julgamento utilizadas por gerentes e outros profissionais trabalhando sob pressão de tempo, no processo decisório, com o intuito de propiciar uma maneira simples de lidar com um mundo complexo.

Tonetto *et al.* (2006) explicita as três regras (heurísticas) principais. A ANCORAGEM é um tipo de heurística que se baseia em algum valor inicial disponível para realizar estimativas ou decidir. A DISPONIBILIDADE é um tipo de construção mental baseada em informações e experiências anteriores (pessoais, próximas ou

apreendidas). E a REPRESENTATIVIDADE é evocada utilizando-se da tendência a categorizar e a ordenar por probabilidade e similaridade eventos e situações típicas ou representativas.

As decisões podem ser consideradas como sendo *de risco* (em que o indivíduo conhece as probabilidades associadas aos resultados) ou *sob incerteza* (TONETTO, 2006). Lehrer (2009) exemplifica como em uma decisão sob incerteza em que o tempo é curto e a disponibilidade de informação também, ao invés de avaliar todas as opções possíveis em termos aritméticos, o ser humano usa a emoção como um atalho para o julgamento. E lembra que estes atalhos não são uma maneira rápida de fazer a matemática dos prós e contras, são uma forma de simplesmente não fazer o cálculo. Coloca ainda que o desejo de evitar qualquer coisa que sugira perda, modula o comportamento e leva a decisões insensatas. E esta “aversão à perda” pode fazer com que se adie uma decisão importante ou “dolorida” ao máximo possível, só que evitando a perda o indivíduo gera, na verdade, mais perdas.

Como é o caso de pessoas que em situações adversas e com componentes intensos de dor, se comportam impulsivamente, até contrariamente aos seus próprios interesses de longo prazo, deliberadamente, se tornando mais egocêntricas e desmotivadas (LOEWESTEIN, 1996) e apresentando comportamento de “evitamento” (FLORES e COSTA JUNIOR, 2004).

1.3. ATENÇÃO

A atenção pode ser compreendida como um fenômeno complexo que se relaciona com habilidades perceptivas, memória, afeto, estado de alerta e nível de consciência (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010).

A atenção, como coloca Berk (1996), é fundamental ao pensamento humano já que determina as fontes de informação que serão consideradas em qualquer tarefa ou problema. A autora levanta ainda a importância do controle (do foco e da sustentação), da adaptabilidade (flexibilidade ajustada ao que a situação requer) e do planejamento, que por sua vez requer certo nível de categorização (que envolve pensar em seqüência adiante alocando a atenção de acordo com a meta).

Menezes (2008) discorre sobre a diferenciação entre atenção automatizada e deliberada, em que a primeira não depende diretamente da manifestação voluntária do sujeito e pode ser consequência de aprendizado, e a segunda exige maior foco e volição do indivíduo. E traz ainda outra classificação em sistemas: um organizador pré-programado, que diante de um estímulo responde de maneira automática, e um Sistema Atencional Supervisor (SAS), responsável por selecionar e/ou inibir respostas.

Além das mais diversas definições e classificações, a atenção ainda possui fatores que influem em seu desempenho, e os principais, citados por Coutinho, Abreu e Mattos (2010), em resumo são: *Nível de Alerta*, que são mecanismos de controles internos e de modificações momentâneas que direcionam a atenção; *Seletividade*, que seria uma escolha dos dados relevantes entre distratores internos e externos para processamento; *Alternância*, também conhecida como a habilidade do “malabarista” em alternar entre estímulos; e, *Sustentação*, que se refere à concentração, manutenção do foco por maior tempo e consistência.

A atenção pode ainda ser referida como *seletiva*, responsável pela orientação ou direcionada para um estímulo, ignorando ou reduzindo a ênfase sobre os demais estímulos concorrente. O processo de filtragem da atenção seletiva envolve concentração e foco nos processos mentais de uma tarefa principal, enquanto o

controle inibitório para direcionamento está relacionado ao processo de colocar as demais atividades em segundo plano (MENEZES, 2008).

Cohen e Maunsell, (2009), investigando resposta de neurônios individualmente e em populações, sugerem que a atenção gera grandes aprimoramentos no desempenho psicofisiológico, pois permite aos indivíduos selecionarem os estímulos mais relevantes, aumentando a percepção do aspecto e/ou situação observada.

A base neural da seletividade da atenção ainda não é completamente compreendida. O que se sabe é que sistemas modulatórios distintos no tronco cerebral participam desta função. Outro grupo de neurônios modulatórios envolvidos é o núcleo basal de Meynert⁴ (KANDEL, SCHWARTZ e JESSELL, 2000). Goard e Dan (2009) sugerem que a ativação deste núcleo basal consegue aprimorar rapidamente a representação visual no córtex gerando um mecanismo em que habilidades perceptuais são elevadas durante a atenção.

Modelos neurais de controle cognitivo⁵ e de atenção envolvem o córtex pré-frontal dorsolateral (CPF DL) tanto na sustentação quanto na flexibilidade do controle da atenção. Fazendo com que a dificuldade em recrutar mecanismos pré-frontais que participam do controle atencional possa contribuir para tendências de percepção da situação como ameaçadora, e também ser subjacentes aos problemas de concentração cotidianos e de funções cognitivas relacionadas ao trabalho (BISHOP, 2009).

4 Localizado abaixo do gânglio basal do prosencéfalo basal (porção do telencéfalo), projeta neurônios colinérgicos difusamente por todo o neocórtex

5 O controle cognitivo permite tomar decisões coordenando comportamento com abstração de regras sociais (BADRE, HOFFMAN, COONEY e D'ESPOSITO, 2009)

São crescentes as pesquisas na área de atenção principalmente na modalidade visual. O sistema visual é organizado em campos receptivos, desde as células da retina até as regiões visuais corticais. É possível observar a ação de mecanismos atencionais na maioria dos estágios do processamento visual. (DIAS e MAROTE, 2006). Existe uma região do CPF conhecido como Campo Ocular Frontal (FEF) que tem mostrado estar envolvida na seleção de alvo por movimentos voluntários oculares e pela atenção espacial (FERRERA, YANIKE e CASSANELLO, 2009).

Morishima *et al.* (2009) em seus achados científicos, apresentam que o volume de transmissão de impulso neural do FEF estava associado com o nível de preparação atencional e com o desempenho na tarefa de atenção seletiva visual, consistente com a função causal de sinais pré-frontais top-down⁶.

Diferentemente da atenção seletiva, Voss e Paller (2009) em sua pesquisa obtém o resultado que respostas “de adivinhar” eram mais precisas após a atenção dividida que a constatação com atenção focada, sugerindo que a atenção dividida pode aumentar a memória implícita.

Por sua complexidade, a atenção é classificada por seus diversos aspectos, mas não se deve deixar de lado outras variáveis como a dependência do interesse e da necessidade do indivíduo em relação á tarefa, a variação dos níveis atencionais ao longo do dia, da emoção e a personalidade.

Os resultados da pesquisa de Bishop (2009) indicaram que os indícios de ansiedade estão ligados a um precário recrutamento dos mecanismos pré-frontais de controle

6 De ou relacionado a uma estrutura hierárquica ou processo que progride de uma unidade abrangente, básica, para uma subunidade menor detalhada. (The American Heritage Dictionary, 2000)

da atenção no intuito de inibir o processamento de distratores. Que acontece mesmo quando estímulos ameaçadores não estão presentes, potencialmente explicando as dificuldades de concentração cotidianas associadas à ansiedade.

Ainda há o que se desenvolver e pesquisar sobre o processo cognitivo de atenção que é crucial e influente nas demais funções, mas também abrangente em sua neurobiologia.

1.4. MEMÓRIA OPERACIONAL

Memória de trabalho era o termo que se referia às representações transitórias de informações relevantes a uma tarefa, influenciado por conhecimentos prévios, limitando ou moldando o comportamento atual. O conceito se expandiu para *memória operacional* com as novas descobertas de que o sistema de memória de arquivamento temporário da informação é funcional e também acumula a função de realizar operações e elaborações mentais permitindo gerenciamento e organização da informação no decorrer deste arquivamento (MENEZES, 2008; ABREU e MATTOS, 2009).

Um dos cientistas mais mencionados na bibliografia pesquisada e com grande número de publicações neste campo é Alan Baddeley, que junto a colaboradores propôs a existência do *executivo central*, que seria um subsistema que atuaria recrutando e administrando outros sistemas funcionais do nosso cérebro durante a realização de tarefas cognitivas; possuindo ainda duas ramificações submetidas a ele, sendo uma visuoespacial e outra fonológica (KANDEL, YANIKE e JESSEL, 2000; ABREU e MATTOS, 2009).

A independência entre características comportamentais e eletrofisiológicas do reconhecimento implícito comparado com o explícito indica que um mecanismo neurocognitivo com propriedades similares pode ser utilizado em testes padrões de reconhecimento. Voss e Paller (2009) sugerem com isto que os indivíduos podem discriminar com precisão novos estímulos repetidos sem necessariamente ter consciência disto.

Bishop (2009) infere que em circunstâncias de baixa carga perceptiva os recursos atencionais são apenas parcialmente ocupados permitindo a distratores salientes competirem pelo processamento; a não ser que o controle atencional esteja ativo inibindo processamentos relacionados aos distratores. Com isto, a autora interpreta que manipulações da *memória operacional*, antes considerada *memória de trabalho* podem romper com o recrutamento de mecanismos pré-frontais que são necessários para a realocação ativa de recursos atencionais em resposta a cada mudança no processamento desta competição entre distratores e foco.

A dopamina (DA) é um importante modulador das funções de atenção e memória operacional no CPF, que teoricamente realizaria o mecanismo citado anteriormente, em que induziria células a responderem principalmente a inputs fortes e assim focando a atenção efetivamente no objetivo atual e distante dos estímulos distratores (SIDIROPOULOU et al, 2009; KANDEL, YANIKE, JESSEL, 2000).

Em tarefas de memória operacional, segundo Sidiropoulou *et al* (2009), neurônios piramidais no CPF são capazes de manter a propagação de potencial de ação durante períodos mais longos entre o estímulo da informação e a resposta comportamental adequada. Os autores admitem que a atividade persistente possa

fornecer um mecanismo para um “buffer”⁷ na memória operacional, que é capaz de converter uma entrada de informação produzida, breve e forte, em disparo de potencial de ação duradouro que decai após vários segundos e depois restabelece quando a resposta foi dada e a informação armazenada não mais é necessária. A indução de persistência da atividade de potencial de ação pode conter informação necessária para guiar na memória, comportamento direcionado à meta até não ser mais necessário.

O estresse e a emoção também podem interferir neste processo cognitivo de memória operacional. Johnson (2004), em seu livro *Mind wide open: your brain and the neuroscience of everyday life*⁸, explica como o cérebro reage na presença de estresse (gerado verbalmente). Duas ativações ocorrem primeiramente: o centro de linguagem e a memória operacional decodificam o significado. Então um sistema subcortical desencadeia uma resposta de estresse, liberando cortisol e outros químicos pelo encéfalo e pelo corpo. Os dois sistemas operam fundamentalmente em velocidades diferentes, a atividade frontal se desdobrando em questão de microssegundos e o sistema de estresse em outro nível de segundos ou até mesmo minutos. Desenvolvendo ainda o assunto, o autor relata como os sistemas podem se desencontrar, como quando um pensamento estressante pode ser gerado e esquecido rapidamente, porque o lobo pré-frontal pode ser muito ágil. Porém, o sistema emocional é mais lento (o cortisol ainda está fluindo no corpo trinta segundos depois que a situação se desvanece de sua memória de trabalho) e, assim, o sentimento continua ativo.

7 Um artifício ou área que armazena temporariamente dados que estão sendo processados ou transferidos entre locais com diferentes taxas de processamento de informação. (The American Heritage Dictionary, 2000)

8 *Mente bem aberta: seu cérebro e a neurociência do dia-a-dia* (tradução nossa)

Uma observação interessante pontuada por Malloy-Diniz *et al.* (2010) é que além de sua importância nas tarefas cotidianas, esta memória parece contribuir sensivelmente para o aprendizado.

Berk (1996) aponta para três tipos de estratégias para reter informações temporárias e todas requerem recursos atencionais substanciais: 1) *Ensaio* - repetir a informação para si; 2) *Organização* - categorizar ou arranjar de forma a facilitar a evocação da informação; 3) *Elaboração* - que envolve criar relações entre informações ou partes de uma informação que não são categorizáveis.

Independentemente das estratégias utilizadas é preciso lembrar que este também é um processo interligado a outros e muitas vezes dependente deles, como é o caso da atenção, do estado emocional e do contexto interno e externo.

1.5. FLEXIBILIDADE COGNITIVA

A flexibilidade cognitiva, também muitas vezes referida como flexibilidade mental, “implica a capacidade de mudar (alternar) o curso das ações ou dos pensamentos de acordo com as exigências do ambiente” (MALLOY-DINIZ et al., 2010, p.108)

Keller e Werlang (2005) complementam sobre a relação direta da flexibilidade cognitiva com outras funções executivas, não somente adaptando as respostas às contingências, como, para isto, inibindo outras não adequadas; ou seja, alterar a opinião da primeira escolha em favor de uma segunda mais adequada.

Pino e Werlang (2006) relacionam a flexibilidade diante de interferências e a análise e aproveitamento de sinais ambientais, com referência às funções do CPF de capacidades de planejamento, estabelecimento de estratégias com foco em solução de problemas e de monitoramento de comportamento próprio diante de situações diferenciadas.

O comprometimento da flexibilidade cognitiva, que leva a uma ineficiência na resolução de problemas, se deve possivelmente a uma perseverança de pensamento com tendências de temporalidade concreta causando aderência na tarefa (KELLER e WERLANG, 2005; PINO e WERLANG, 2006; D'ESPOSITO, 2003).

Beller (2003) defende uma teoria que prevê que as pessoas podem alternar com flexibilidade entre “dever ou não”, assim como entre “poder” ou “não precisar”. E acrescenta que o raciocínio das pessoas deveria ser ainda mais flexível usando de um esquema de inferência em direção inversa da decisão que deve ser tomada.

A capacidade de abstrair de uma situação (ultrapassando um panorama concreto sem deixar de considerar um controle cognitivo), de expandir a visão sobre ela, de conseguir visualizar sob diferente perspectiva gera uma percepção mais holística, o que facilita ampliar as possíveis alternativas de curso de ação com resolução mais eficiente do problema.

D'Esposito (2003) pondera sobre a importância de estudos na área, ao considerar a determinação de como o processo se implementa em níveis neurais como sendo o maior desafio. Acredita que a fusão de diversas abordagens experimentais pode

fornecer novos conhecimentos e que a contribuição da neurofarmacologia será complementar.

1.6. JULGAMENTO

O julgamento e a tomada de decisão são processos intimamente ligados, mas independentes entre si. O julgamento é considerado como a avaliação de duas ou mais opções, enquanto a tomada de decisão é a escolha realizada entre as alternativas julgadas (PLOUS, 1993 e TVERSKY & KAHNEMAN, 1981 *apud*: TONETTO, 2006).

Berk (1997) e Damasio et al. (2000) citam autores que consideravam que para um julgamento afetivo (como gostar, desgostar, preferir, prazer e desprazer) era necessário primeiramente haver uma elaboração cognitiva. Defendiam que após uma análise completa, o cálculo das ponderações é que geraria um julgamento afetivo geral. Zajonc (1980) questiona as teorias ao argumentar que os objetos precisam ser minimamente elaborados cognitivamente para serem julgados. O autor desenvolve ainda sobre a relação entre emoção e razão (respectivamente, sentimento e pensamento), em que o primeiro não existiria sem o segundo, mas que o inverso não seria necessariamente verdadeiro. Muito do que traz Damasio (2001) e Bechara *et al.* (1999) com a “Hipótese do Marcador Somático”. Damasio (2001) diferencia emoção e sentimento, em que este seria consequência daquele. Sendo a emoção uma série de respostas químicas e neurais geradas por um estímulo competente para tal, e o sentimento, as representações mentais destas mudanças fisiológicas. Enquanto as emoções geram respostas imediatas a um objeto/situação, o sentimento gera um alerta mental, que aumenta o impacto de uma situação, realça o aprendizado e aumenta a probabilidade de que situações comparáveis sejam antecipadas.

Zajonc (1980) descreve que não há como separar o julgamento da afetividade, que são geralmente holísticos e que são mais influenciáveis pelo contexto, justificando a necessidade de muitos buscarem uma forma mais “objetiva” de julgamento como é o caso do direito, da ciência, do esporte e da educação. Surgem muito provavelmente desta necessidade, os princípios de julgamentos: da Utilidade/ Teológico e da Moralidade/ Deôntico.

Na fundamentação do princípio da Moralidade em sua ética do dever (deontológica), o filósofo prussiano Immanuel Kant assume que se deva seguir apenas uma máxima mesmo que isto venha gerar prejuízo, seja a um indivíduo ou um grupo. Mas quando a vontade não é pura (somente racional) a relação entre lei objetiva e vontade assume a forma de uma obrigação (HERRERO, 2010). Um exemplo desta inter-relação de uma forma lúdica, como escreveu o americano Isaac Asimov em seu livro “Eu, Robô” ao estabelecer as quatro leis da robótica, em que a primeira: "Um robô não pode ferir um ser humano ou, permanecendo passivo, deixar um ser humano exposto ao perigo", seria a máxima colocada por Kant que não poderia ser suprimida pelas seguintes: 2ª lei: "O robô deve obedecer às ordens dadas pelos seres humanos, exceto se tais ordens estiverem em contradição com a primeira lei"; 3ª lei: "Um robô deve proteger sua existência na medida em que essa proteção não estiver em contradição com a primeira e a segunda lei"; 4ª lei: "Um robô não pode causar mal à humanidade nem permitir que ela própria o faça" (SHHEIBIA, 2001).

Por outro lado, na definição de Jeremy Bentham (filósofo e jurista inglês), o princípio do Utilitarismo se estabelece em razão da finalidade da ação, consistindo-se na maior quantidade de bem-estar para o maior número de afetados (LAUXEN, 2010). Os que defendem este princípio argumentam que se deve considerar a maximização do bem-estar e minimização do sofrimento para o maior número. Numa situação mais prática, por exemplo, a punição de um indivíduo para “servir de exemplo” para

os demais que sabidamente estão cometendo o mesmo erro. O sofrimento de um em detrimento do controle de vários.

Kahane *et al.* (2011) levanta achados recentes em estudos de neuroimagem usando dilemas morais para tomada de decisão. Tendo sido encontrado que julgamentos utilitários estão associados com tempo de respostas mais longos e aumento na ativação do CPFDL e lobo parietal inferior - como visto anteriormente, áreas envolvidas no processamento deliberado. Já os julgamentos deontológicos estavam associados com maior ativação de áreas relacionadas ao processamento afetivo, como o córtex pré-frontal ventromedial (CPFVM), o sulco temporal superior e núcleos amigdalóides.

Achados estes corroborados por estudos como o de Koenigs *et al.* (2007) que reafirma a necessidade do papel da emoção na geração do julgamento (de certo e errado). Tassy *et al.* (2001) já havia sugerido que o CPFDL direito tinha como função não somente o controle de impulsos emocionais, mas também integrando emoções geradas pelo surgimento de informação emocional contextual, decisivas na seleção de respostas no julgamento moral.

Cushman, Young e Hauser (2006) colocam que nem todos os princípios morais são conscientemente ponderados. Inclusive esta não-análise sistemática de dados é estratégia utilizada por tomadores de decisão que dão preferência muitas vezes ao julgamento intuitivo, como mostram estudos (OLIVEIRA, 2009). Segundo Simon (1987) isto acontece quando, por exemplo, pergunta-se a um profissional de xadrez como decidiu seu movimento depois de observar o tabuleiro por apenas alguns segundos, o jogador não sabe como o julgamento foi evocado.

Diferentemente do que alguns autores acreditavam, Eisenhardt (1989), em seu estudo sobre como executivos tomam decisões estratégicas rápidas em ambientes com “alta velocidade”, encontrou que estes decisores rápidos usavam mais informação e desenvolviam mais alternativas que os mais lentos. E sugeriu com isto, que executivos que tomam decisões estratégicas rápidas se utilizam mais de informação “em tempo-real” que informação “de planejamento”. Também encontrou que as decisões mais rápidas levavam a um desempenho superior, e sugeriu que esta informação “em tempo-real” está baseada em seu conhecimento íntimo do negócio.

1.7. MULHERES NO MERCADO DE TRABALHO

As mulheres constituem quase metade da população mundial e, portanto, potencialmente metade da força de trabalho. Como um grupo, elas trabalham tanto quanto os homens, se não mais. Entretanto os tipos de trabalho que realizam se diferem desvantajosamente, em condições, acesso a oportunidades e níveis salariais.

O relatório *The World's Women 2010: Trends and Statistics*⁹ do Departamento de Economia e Assuntos Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU), traz constatações importantes da realidade mundial e brasileira. Os dados a seguir constam no relatório e condizem com as pesquisas e reflexões realizadas até então: O setor informal é uma fonte importante de emprego principalmente para mulheres e em regiões menos desenvolvidas. Tem crescido em geral o tipo de emprego em período parcial para mulheres, que é mais comum na maior parte das regiões mais desenvolvidas e em algumas das menos desenvolvidas. E, levando em conta que as mulheres gastam pelo menos o dobro de tempo que os homens em serviços

9 As Mulheres do Mundo 2010: Tendências e Estatísticas (tradução nossa)

domésticos (pago ou não), pode-se considerar que elas trabalham por mais horas que eles.

No perfil brasileiro, entre 2004 e 2006, a população em idade ativa (PIA) cresceu no ritmo médio anual de 2,2%. Já a população economicamente ativa (PEA) registrou aumento de 2,5% ao ano. Este intenso fomento é explicado, segundo Leone e Baltar (2008), pela participação cada vez mais expressiva das mulheres na atividade econômica.

Bruschini (2007) também destaca a intensidade e constância do crescimento da atividade feminina. E no levantamento estatístico que realizou, a taxa de atividade da PEA aumentou de 47% para 53% e a porcentagem de mulheres no conjunto de trabalhadores foi de 39,6% para 43,5%. Concluindo que mais da metade da população feminina em idade ativa trabalhou ou procurou trabalho em 2005 e que representavam mais de 40% dos trabalhadores, na mesma data.

Mesmo com toda esta perspectiva, ainda hoje não é tão comum encontrar mulheres em posições de comando, infelizmente elas ainda se concentram principalmente em cargos de atendimento, em serviços e na informalidade. Lavinias (2001) constata que 70% dos cargos públicos, sociais e educacionais são ocupados por mulheres. Quanto às oportunidades de cargos de maiores responsabilidades (de coordenação, de análise ou gerenciais) são cada vez mais disputados por elas, mas ainda há uma taxa baixa de representatividade em cargos de comando (BENZE e FILHO, 2003). Bruschini (2007) relata um dado bastante surpreendente, em face do conhecimento disponível, que em 2004 cerca de 31% (dos 19.167) cargos de diretores gerais de empresas do setor formal eram ocupados por mulheres, predominantemente na administração pública, na educação e em outras áreas sociais.

Bosma e Levie (2009) trazem no Relatório Anual do Empreendedorismo Global, que classifica o Brasil como país no segundo grau de desenvolvimento (de três) denominado *economia em busca de eficiência*, como sendo o único (entre os 56 países pesquisados) em que a mulher, mesmo que com pequena diferença, é mais empreendedora para novos negócios e empreendimentos recentemente iniciados. A visão e presença da mulher empreendedora é outra forma de considerarmos a crescente presença feminina no mercado de trabalho em cargos de responsabilidade que dependem de tomadas de decisões. Pois, como demonstram Mota, Santos e Silva (2004) as empresárias têm necessidade de realização muito alta e seus comportamentos seguem alguns padrões, como buscar situações nas quais são capazes de assumir a responsabilidade pessoal pela resolução de problemas.

Este crescimento não isenta as mulheres de dificuldades seja por falta de experiência, interesse, oportunidade ou até mesmo estereótipos, possivelmente estão ligadas a fatores histórico-culturais (BENZE e FILHO, 2003). O relatório da ONU aponta como fonte de discriminação, a maternidade (mesmo com a legislação protegendo o direito). Dados lastimáveis, disponibilizados pela Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero (BRASIL, 2009) mostram que houve indícios de que o contexto da crise econômica retirou, relativamente, mais mulheres do mercado de trabalho do que homens, empurrando-as para a inatividade, e que estas demissões enfrentadas pelas mulheres no período de crise se deram especialmente entre aquelas que não contavam com carteira de trabalho assinada (11,36%). Estes fatos levam a ponderar que a crise refreou um processo, até então existente, de “feminização” do mercado de trabalho (BRASIL, 2009).

Lavinas (2001) reforça o que foi dito de que a taxa anual de emprego das mulheres mostra-se mais elevada que a masculina, fato que não foi diferente para o Espírito Santo. Em 2000, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE), 37,9% das mulheres eram então responsáveis pela renda dos domicílios urbanos no Estado, sendo 33,8% em Vitória .

Na dinâmica do mundo atual em que a mulher vem enfrentando um mercado de trabalho competitivo que, apesar de sua participação crescer, está sendo em empregos ainda vulneráveis¹⁰, o perfil do profissional que se busca é daquele “que tenha coragem para enfrentar mudanças, que saiba lidar com pressões, que tenha bom senso, que tenha intuição, que saiba solucionar rapidamente problemas e tomar decisões” (REIS, 2004).

A mulher tem conseguido se diferenciar pelo nível educacional (já que a qualificação está sendo mais valorizada do que a experiência), pelo dinamismo (imprescindível num mundo competitivo e de mudanças em alta velocidade) e pela facilidade de relacionamento (visto que os valores de atendimento, empatia e negociação são indissociáveis do mundo dos negócios).

Os achados na pesquisa de Reis (2004), realizada na Grande Vitória, mostram que 69,3% das empresas acreditam que as características de empregabilidade independem do nível profissional de seus empregados, argumentando-se basicamente que as características apontadas são as essenciais para todos os empregados. Sendo as palavras-chave das empresas de sucesso na região: qualidade, velocidade e flexibilidade. Características estas esperadas dos funcionários, gestores e líderes em geral, espaço que as mulheres vêm conquistando.

10 Entende-se por “emprego vulnerável” o trabalho autônomo ou para contribuição familiar, em que estão sujeitas a alto grau de instabilidade no trabalho e que não tenham outros meios de garantir o retorno financeiro em períodos sem trabalho ou sem condições de trabalhar (como no caso de doença)

As mudanças sociais (queda na taxa de fecundidade), educacionais (aumento do número de mulheres com maior grau de estudos) e culturais estão gerando um novo perfil da identidade feminina, cada vez mais voltada para o trabalho remunerado. Todos esses fatores explicam não apenas o crescimento da atividade feminina, mas também as suas transformações no perfil da força de trabalho. (BRUSCHINI, 2007)

2. JUSTIFICATIVA

A realidade do mercado de trabalho atual se constitui no aumento da taxa de participação da mulher neste mercado (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2009) com crescentes exigências às competências cognitivas delas, principalmente as envolvidas na tomada de decisão e no relacionamento interpessoal (REIS, 2004). Soma-se a esta, o fato de que são exatamente estas mulheres em idade produtiva as mais atingidas pela cefaléia (DOMINGUES *et al.*, 2004), muitas vezes de caráter incapacitante já que existem indícios de que a dor crônica pode impactar no comportamento em situações de risco com envolvimento emocional (APKARIAN, 2004). Monta-se então um cenário em que é interessante entender a influência da cefaléia em aspectos cognitivos necessários à tomada de decisão, como é o caso da atenção, da flexibilidade cognitiva, do julgamento e da memória operacional, na população feminina inserida no mercado de trabalho.

Estudos desta natureza são importantes não somente para orientação destas pessoas que sofrem com o acometimento, mas para a sociedade que perde esta força de trabalho. Além das pessoas com cefaléias se beneficiarem, as empresas que possuem profissionais acometidos também serão beneficiadas. O que é importante, como coloca Vincent *et al.* (1998, p.742), porque “Além de melhorar a saúde de seus funcionários, o que tem repercussões positivas na sua imagem, a empresa que investe no combate às cefaléias primárias ganha potencialmente mais do que a simples redução dos custos diretamente relacionados às crises.” A redução dos custos poderá englobar não somente os custos de afastamento e diminuição da produção, como também uma diminuição na margem de erro e de decisões desvantajosas.

Os conhecimentos advindos deste estudo podem auxiliar inclusive profissionais da saúde no auxílio às pessoas com cefaléia com repasse de informações e orientações para otimização de processos e períodos produtivos.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GERAIS

Verificar se há influência da cefaléia primária em aspectos cognitivos essenciais à tomada de decisão em mulheres inseridas no mercado de trabalho.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar diferentes aspectos cognitivos importantes na tomada de decisão (atenção, memória operacional, flexibilidade cognitiva e julgamento).

4. METODOLOGIA

4.1. LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

- Pesquisa de dados atuais e informações relevantes sobre as pesquisas em torno dos temas: cefaléias primárias e assuntos relacionados, flexibilidade mental, atenção, memória de trabalho, julgamento, tomada de decisão e assuntos relacionados (outros processos cognitivos que influenciam a tomada de decisão, as heurísticas da tomada de decisão, indecisão, decisão de risco, estresse, dor, entre outros), ferramentas disponíveis para avaliação (testes, questionários, inventários entre outros), e o papel e participação das mulheres no mercado de trabalho – a serem realizadas na internet e em bibliotecas, entre periódicos, livros, pesquisas e dissertações.

4.2. AMOSTRA

Será realizada uma amostra prévia (*sample*) para averiguação e constatação da eficácia dos testes escolhidos e procedimentos adotados.

Mulheres com idade entre 19 e 55 anos, inseridas no mercado de trabalho (formal ou informal), independentemente de raça, escolaridade ou classe social.

- Grupo I:
 - Grupo IA - diagnosticadas com cefaléia primária do tipo tensional,
 - Grupo IB - diagnosticadas com cefaléia primária do tipo migrânea.
- Grupo II: mulheres, pareadas ao grupo teste em idade e escolaridade, sem histórico de cefaléia.

- Realizar contato pessoal com os sujeitos selecionados para afirmar a possibilidade de participação ou não enquadramento através da aplicação do, e conseqüente esclarecimentos sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento (ANEXO III).

- Critérios de Exclusão:
 - ✓ Ter idade abaixo de 19 anos ou acima de 55 anos.
 - ✓ Não estar realizando nenhuma ocupação atualmente.
 - ✓ Não ter forma de contato (telefônico ou eletrônico).
 - ✓ Estar afastada do trabalho por motivos de doença ou gravidez.
 - ✓ Ter histórico de doenças neurológicas associadas.

4.3. MATERIAIS

Realizar avaliações quantitativas para realização dos testes: Questionário de Triagem em Cefalotria, Entrevista estruturada com questionário desenvolvido, escala de depressão (BDI), e aplicação de testes psicológicos: atenção (AC), memória operacional (Dígitos do WAIS-III), julgamento moral (DIT-2) e flexibilidade mental (WCST). Todos os testes deverão ser aplicados intercrises em ambiente controlado, aplicados por psicólogas credenciadas e associadas ao projeto.

4.3.1 QUESTIONÁRIOS E TESTES

4.3.1.1 QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM EM CEFALOTRIA (HIT-6)

Avalia questões que viabiliza o enquadramento de acometimento por cefaléia.

Descrição: entrevista semi-estruturada com 06 perguntas objetivas e subjetivas (ANEXO VI)

4.3.1.2 QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE

Levanta questões pertinentes a serem consideradas, como por exemplo: em que setor trabalha, e nível de responsabilidades da função, tipos de tratamento a que já se submeteu, características de personalidade, e outras questões relativas à qualidade de vida, baseado na versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36.

Descrição: entrevista com 27 perguntas objetivas e subjetivas (ANEXO V)

4.3.1.3 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

A relação e alta prevalência entre a depressão e cefaléia são mencionadas em diversos estudos (KOWACS e KOWACS, 2004; FLORES e COSTA JUNIOR, 2004; MATTA e FILHO, 2003). A presença de alteração da saúde mental como no caso da depressão é fator a ser considerado por influenciar no resultados de testes e, conseqüentemente, na confiabilidade da pesquisa.

Segundo Gorestein e Andrade (1998), o BDI é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada. A escolha pela escala BDI se baseou nas vantagens enfatizadas por Calil e Pires (1998), como o curto tempo de aplicação já que esperamos contar com pacientes cooperantes e sem psicopatologia grave. Estes autores completam afirmando que o fundamento teórico que embasa o BDI valoriza muito mais a categoria dos sintomas cognitivos (52%), que é o foco deste projeto.

Descrição: O inventário consiste de 21 categorias de afirmações, cada uma com 4 opções de intensidade, que incluem atitudes comportamentais cognitivas, afetivas e somáticas. (ANEXO VI)

4.3.1.4 TESTE DE ATENÇÃO CAMBRAIA (AC)

A atenção é um aspecto importante da cognição que permite ao ser humano utilizar recursos cognitivos para emitir respostas rápidas e adequadas mediante estímulos interessantes importantes (GOLDBERG *et al.*, 1991; STERNBERG, 2000 *apud* MONTIEL e CAPOVILLA, 2008). A escolha deste teste levou ainda em consideração o fato de ser uma bateria extensa e este conter um número menor de informação, mas alta confiabilidade e precisão, visto que o objetivo deste teste é indicar a capacidade que um indivíduo tem de selecionar um estímulo diante de muitos outros e conseguir voltar e manter sua atenção para o estímulo selecionado pelo maior intervalo de tempo de modo a conseguir qualidade na tarefa realizada e rendimento (NORONHA *et al.*, 2006).

Descrição: É apresentada uma folha com dados e treino na frente e teste atrás. O teste se constitui em identificar sem erros ou omissões o máximo de figuras iguais às três figuras-chave em destaque na parte superior, dentre as linhas de figuras em um tempo definido de cinco minutos. O sujeito tem uma linha na parte da frente da folha para treino e esclarecimentos de dúvidas, mas o tempo é contado apenas após início do teste em si no verso da folha.

4.3.1.5 TESTE SPAN DE DÍGITOS (WAIS-III)

Memória operacional engloba o conceito da capacidade de um indivíduo para processar informações. Não sendo apenas um espaço de armazenamento temporário de informação, mas onde se dão os cálculos e manipulações da

informação. A opção por este teste foi a de abranger as duas capacidades desta habilidade em tempo curto e com necessidade de pouco material. Enquanto a Ordem Direta do teste Dígitos - WAIS-III mede o componente de armazenamento da memória operacional (em que não há manipulação da informação), o subteste Ordem Inversa do teste Dígitos - WAIS-III é tarefa complexa que exige reorganização da informação. Em ambos, quando a complexidade da tarefa aumenta com mais informações apresentadas, a pressão sobre o sistema de memória operacional se torna cada vez maior.

Descrição: Dígitos é composto de duas tarefas que são aplicadas uma independente da outra. Ordem Direta e Ordem Inversa. Em ambas as tarefas o examinador lê, em voz alta, uma série de seqüências de números para o examinando. Para cada item da Ordem Direta, o examinando deverá repetir a seqüência numérica na mesma ordem apresentada. Para cada item da Ordem Inversa, o examinando deverá repetir a seqüência numérica na ordem contrária à apresentada pelo examinador. (WECHSLER, 2004)

4.3.1.6 TESTE WISCONSIN DE SELEÇÃO DE CARTAS (WCST)

O WCST avalia as habilidades de categorização (HEATON, 1993 *apud*: MALLOY-DINIZ, 2010), flexibilidade cognitiva (MALLOY-DINIZ, 2010; TRENTINI *et al.*, 2006; MONCHI *et al.*, 2001; FILHO, 2007) avalia o raciocínio abstrato e a capacidade do sujeito de gerar estratégias de solução de problemas, em resposta a condições de estimulação mutáveis (BERG, 1948; GRANT e BERG, 1948; HEATON *et al.*, 2005 *apud* TRENTINI *et al.* 2006). Monitoração e inibição de perseverações (FILHO, 2007). A escolha pelo teste deveu-se à ampla gama de aspectos cognitivos que permite avaliar, todos importantes na tomada de decisão, além de sua fidedignidade muito boa, validade convergente atestada, sensibilidade e nível de detalhamento (MIGUEL, 2005).

Descrição: O WCST é composto por quatro cartas-alvo e 128 cartas-resposta¹¹, apresentada em diferentes formas (cruzes, círculos, triângulos ou estrelas), cores (vermelho, verde, amarelo ou azul) e números (um, dois, três ou quatro). No teste, o examinando agrupa as cartas-resposta com as cartas-alvo. Para cada combinação realizada o sujeito recebe o *feedback* de certo ou errado do examinador, que estipula previamente um determinado critério de categorização que varia no decorrer do teste. A idéia é que o sujeito possa utilizar o *feedback* do examinador para manter-se ou desenvolver novas estratégias (MALLOY-DINIZ *et al.*, 2010; TRENTINI *et al.*, 2006).

4.3.1.7 TESTE DE JULGAMENTO DE SITUAÇÕES (DIT-2)

Para Kohlberg (1992 *apud* SHIMIZU, 2004), o desenvolvimento moral apresenta um componente básico cognitivo estrutural que consiste na capacidade dos indivíduos de fazer juízos e julgamentos morais com base em aspectos argumentativos e justificadores.

A escolha do DIT-2 para compor a bateria se fundamenta nos argumentos de Rest *et al.* (1999 *apud* BATAGLIA, MORAIS e LEPRE, 2010) por não requer grande habilidade verbal dos sujeitos, oferecer maior controle da situação de teste, e, ainda, possibilitar uma correção objetiva e computadorizada.

Descrição: O teste é constituído por três dilemas morais - versão curta; para cada um deles, o sujeito deve avaliar doze alternativas de respostas, havendo uma escala de cinco graus de importância para a resolução. O avaliado deve selecionar hierarquicamente as quatro alternativas que considera mais importantes para a solução do dilema (BATAGLIA, MORAIS e LEPRE, 2010).

11 No caso de já haver validação da forma reduzida na população brasileira, aplicar-se há esta – em pesquisa.

4.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Serão utilizados o teste-t pareado para comparar as médias dos valores dos mesmos indivíduos antes e após o tratamento, o teste-t para amostras independentes para comparar as médias em grupos de doentes diferentes e a análise de variância (ANOVA) para comparar mais de dois grupos diferentes. O programa de computação Epi-Info 2000[®] (versão 6.0, CDC, Atlanta, EUA) e o Statistica[®] (versão 6.0 Statsoft Inc, EUA) serão utilizados para realizar os cálculos estatísticos. Serão considerados significativos os valores de $p < 0,05$, respeitando-se o limite de confiança de 95% de Cornfield.

5. DISCUSSÃO

Com esta hipótese, surgem outras dúvidas que podem ser pesquisadas futuramente que são importantes como em estudos como este. Como é o caso das questões: Como as decisões estão sendo tomadas por estas pessoas acometidas? Estão sendo efetivas? Existe alguma heurística de tomada de decisão “preferida” nestas situações? Qual a diferença entre pessoas em tratamento das acometidas pela cefaléia sem tratamento?

Os achados no trabalho aqui proposto podem auxiliar em ações para beneficiar as pessoas acometidas pela cefaléia a enfrentarem melhor seu cotidiano, aprimorar seu desempenho profissional, diminuir o estresse e a ansiedade que sabe-se serem desencadeadores da própria cefaléia, e quebrar este ciclo.

Este é ainda um projeto de pesquisa então encontra-se suscetível a alterações adicionais ou reducionais e aprimoramentos.

6. CRONOGRAMA

Período Etapa	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24	
	Revisão e ajustes no Projeto	X																							
Avaliação e aprovação do Projeto pelo curso e/ou investidores	X																								
Avaliação e aprovação de relatório pelo orientador	X																								
Atualização bibliográfica	X	X																	X	X	X	X			
Providenciar testes e profissional credenciado para aplicá-los		X																							
Seleção de sujeitos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Realização das avaliações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Análise comparativa dos dados obtidos																X	X	X	X						
Elaboração do relatório de pesquisa																			X	X	X				
Entrega do relatório final de pesquisa à banca examinadora																						X			
Apresentação do projeto de pesquisa																							X		

REFERÊNCIAS

1. ABREU, Neander; MATTOS, Paulo. *Memória. apud: MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes et al.. Avaliação Neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed. cap 7, p. 76-85. 2010.
2. APKARIAN, Vania A et al. *Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task*. Pain v.108, n.1, p. 129-136, 2004.
3. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Projeto Diretrizes Cefaleias em Adultos na Atenção Primária à Saúde: Diagnóstico e Tratamento*. 30 de junho de 2009 .
4. BADRE, David; HOFFMAN, Joshua; COONEY, Jeffrey W; D'ESPOSITO, Mark. *Hierarchical cognitive control deficits following damage to the human frontal lobe*. Nature Neuroscience, v.12, n.4, p.515–522, abr. 2009.
5. BARACAT, Patrícia JF. *Prevalência dos Trigger Points Suturais nas Cefaléias Tipo Tensional*. Perspectivas OnLine, v.5, n.17, p.171-188, 2011. Disponível em:
<[http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2011vol5n17/volume5\(17\)artigo15.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2011vol5n17/volume5(17)artigo15.pdf)>. Acesso em: mai. 2011.
6. BATAGLIA, Patricia U R; MORAIS, Alessandra; LEPRE, Rita Melissa. *A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil*. Natal: Estud. Psicol., v.15, n.1, 2010.
7. BECHARA, Antoine; DAMASIO, Hanna; DAMASIO Antonio R.; LEE, Gregory P. *Different Contributions of the Human Amygdala and Ventromedial Prefrontal Cortex to Decision-Making*. The Journal of Neuroscience, v.19, n.13, p.5473–5481, jul. 1999.
8. BECHARA, Antoine; DAMASIO, Hanna; TRANEL, Daniel; ANDERSON, Steven W. *Dissociation Of Working Memory from Decision Making within the Human Prefrontal Cortex*. The Journal of Neuroscience, v.18, n.1, p.428–437, 1998.

9. BELLER, Seighard. *The flexible use of deontic mental models*. Alemanha: p. 127-132, 2003. Disponível em: <<http://csjarchive.cogsci.rpi.edu/proceedings/2003/pdfs/45.pdf>>. Acesso em: fev. 2011.
10. BENZE, Rachel P; FILHO, Edmundo E. *A mulher em cargos gerenciais: aspirações e realização profissional, remuneração e cargos ocupados*. XXIII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - Ouro Preto, Minas Gerais, 21 a 24 de outubro de 2003. Disponível em: <http://maismulheresnoperbrasil.com.br/pdf/Empresas/A_mulher_em_Cargos_Gerenciais_Aspiracoes_e_Realizacao_Profissional_Remuneracao_e_Cargos_Ocupados.pdf> Acesso em: mai. 2011.
11. BERK, Laura E. *Child Development*. Boston: Allyn and Bacon, 4a.ed., 476p. 1997.
12. BIGAL, Marcelo Eduardo; SPECIALLI, José Geraldo. *Classificação, epidemiologia e impacto das cefaléias crônicas diárias*. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Albert Einstein, v.2, suplem.1, 2004 Disponível em: <<http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Suplemento/classificacao,%20epidemiologia%20e.pdf>> Acesso em: jan. 2010.
13. BISHOP, Sonia J. *Trait anxiety and impoverished prefrontal control of attention* Nature Neuroscience, v.12, n.1, p.92-98, jan. 2009.
14. BOSMA, Niels; LEVIE, Jonathan. *Global Report Global Entrepreneurship Monitor*, 2009.
15. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero*. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2009. 88 p.
16. BRUSCHINI, Maria Cristina A. *Trabalho e Gênero no Brasil nos Últimos Dez Anos*. Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, p.537-572, set./dez. 2007.

17. CALIL, Helena Maria; PIRES, Maura L.N . *Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão*. Revista de Psiquiatria Clínica edição internet Instituto de Pesquisa do hospital das clínicas Da Faculdade De Medicina Da Universidade De São Paulo v.25, n.5, set/out. 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255a.htm>> Acesso em: fev. 2011.
18. COHEN, Marlene R; MAUNSELL, John H R. *Attention improves performance primarily by reducing interneuronal correlations*. Nature Neuroscience, v. 12, n.12, p.1594-1600, dez 2009.
19. COUTINHO, Gabriel; ABREU, Neander; MATTOS, Paulo. *Atenção*. apud MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes *et al. Avaliação Neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010. xii, p. 86-93.
20. CUSHMAN, Fiery; YOUNG, Liane; HAUSER, Marc. *The Role of Conscious Reasoning and Intuition in Moral Judgment: Testing Three Principles of Harm*. Psychological Science, v.17, n.12, p.1082-1089, 2006.
21. D'ESPOSITO, Mark. *Neurological foundations of cognitive neuroscience: Issues in clinical and cognitive neuropsychology*, Massachusetts Institute of Technology. 2003 .
22. DAMASIO, Antonio. *Fundamental Feelings*. Nature, v.413, p.781, out. 2001.
23. DIAS, Arnaldo C; MAROTE, Claudia F O. *Neurofisiologia da Atenção*. III CURSO DE INVERNO: Tópicos Em Fisiologia Comparativa. Módulo II p.70-72 18/07/2006 Departamento de Fisiologia Instituto de Biociências – USP. Disponível em: <<http://www.ib.usp.br/cursodeinverno>> Acesso em: mai. 2011.
24. DOMINGUES, Renan B; KUSTER, Gustavo W; DUTRA, Livia A; SANTOS, Jasper G. *Headache Epidemiology In Vitória, Espírito Santo*. Arquivos de Neuro-psiquiatria, v.62, n3-A, p.588-591, 2004.
25. DOMINGUES, Renan Barros *et al. Correlation between migraine subtypes and depression*. São Paulo: Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v.66, n.3a, 2008.

26. ERNST, Monique; PAULUS, Martin P. *Neurobiology of Decision Making: A Selective Review from a Neurocognitive and Clinical Perspective*. Biological Psychiatry, 2005.
27. EISENHARDT, Kathleen M. *Making Fast Strategic Decisions in High-Velocity Environments*. The Academy of Management Journal, v.32, n.3, p. 543-576, set. 1989.
28. FERREIRA, Vera Rita de Mello. *Psicologia Econômica: Origens, Modelos, Propostas*. Dissertação (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. cap.4, p. 153-213, 2007.
29. FERRERA, Vincent P; YANIKE, Marianna; CASSANELLO, Carlos. *Frontal eye field neurons signal changes in decision criteria*; Nature Neuroscience, v.12, n.11, nov 2009.
30. FILHO, José Humberto da Silva. *Validade e Normas do Wisconsin Card Sorting Test em Adultos da Região de Ribeirão Preto*. Dissertação (Doutoramento) -Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade Federal de São Paulo. Disponível nas Bibliotecas da USP-RP e UFAM e para usuários do sistema USP no site <http://www.teses.usp.br/>, 2007
31. FLORES, Adriana Mayon N.; COSTA JUNIOR, Áderson L. *O Manejo Psicológico da Dor de Cabeça Tensional*. Psicologia Ciência e Profissão, v.24, n.3, p.24-33, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300004> Acesso em: fev 2011
32. FRANK, Michael J; DOLL, Bradley B; OAS-TERPSTRA, Jen; MORENO, Francisco. *Prefrontal and striatal dopaminergic genes predict individual differences in exploration and exploitation*. Nature Neuroscience, v.12, n.8, p.1062-1068, ago. 2009.
33. GOARD, Michael; DAN, Yang. *Basal forebrain activation enhances cortical coding of natural scenes*. Nature Neuroscience, v.12, n.11, p.1440-1445, nov. 2009.

34. GORESTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura. *Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português*. Revista de Psiquiatria Clínica edição internet Instituto de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, v.25, n.5, set./out. 1998.
35. GUYTON, Arthur C. *Fisiologia Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 6a. ed., 1998.
36. HERRERO, F. Javier *A Ética de Kant*. Revista de Filosofia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, v.28, n.90, p.17-36, 2001.
37. HOLROYD, Kenneth A *et al. Management of Chronic Tension-Type Headache With Tricyclic Antidepressant Medication, Stress Management Therapy, and Their Combination: A Randomized Controlled Trial*. Journal of American Medical Association (JAMA), v.285, n.17, p.2208-2215, mai. 2001. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/content/285/17/2208.full.pdf> > Acesso em: abr 2011
38. HOOPER, Catalina J; LUCIANA, Monica; CONKLIN, Heather M; YARGER, Rebecca S. *Adolescents' Performance on the Iowa gambling task: Implications for the Development of Decision Making and Ventromedial Prefrontal Cortex*. Developmental Psychology, v.40, n.6, p.1148-1158, 2004.
39. HUNT, James G; OSBORN, Richard N. *Fundamentos de Comportamento Organizacional*. Editora: Artmed, 2ed., cap.16 ,1999
40. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica - número 8: Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfildamulher/perfilmulheres.pdf>> Acesso em: jan 2010
41. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA resolução n.6, de 3 de novembro de 2010. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União em 04/11/2010 Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=32>

42. JOHNSON, Steven. *Mind wide open: your brain and the neuroscience of everyday life*. Nova York, 98p., 2004.
43. JÚNIOR, Edgard Raffaelli. *A cefaléia do tipo tensional pode ter caráter pulsátil?: Parte II - A contestação*. Revista Migrêneas & Cefaléias, v.7, n.2, p.73-74, abr/mai/jun 2004.
44. KAHANE, Guy *et al.* *The neural basis of intuitive and counterintuitive moral judgment*. Social Cognitive and Affective Neuroscience, publicado em: mar, 2011. Disponível em: <<http://scan.oxfordjournals.org>> Acesso em: mai 2011
45. KANDEL, Eric R; SCHWARTZ, James H; JESSELL, Thomas M. *Principles of Neural Science*. 4ed. Columbia University e The Howard Hughes Medical Institute, 2000, cap IV, p. 278-352
46. _____. _____. 4ed. Columbia University e The Howard Hughes Medical Institute, 2000, cap IX, p 980-1068
47. KELLER, Márcia; WERLANG, Blanca S G. *Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. v.54, n.2, p.128-136, 2005.
48. KOENIGS, Michael *et al.* *Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements*. Nature, n.446, p.908-91, mar. 2007.
49. KOWACS, Pedro André; KOWACS, Fernando. *Depressão e Migrânea* Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Albert Einstein, v.2, supl.1, p.40-44, 2004 Disponível em: <<http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Suplemento/depressao%20e%20migraanea.pdf>> Acesso em: fev 2011
50. LAVINAS, Lena. *Empregabilidade no Brasil: inflexões de gênero e diferenciais femininos*. Texto para Discussão No 826 – Rio de Janeiro 2001 Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0826.pdf> Acesso em: fev 2011

51. LAUXEN, Roberto R. *Notas sobre a teoria moral do utilitarismo*. Florianópolis: Revista de Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, v.44, n.2, p. 543-548, out. 2010.
52. LEHRER, Jonah. *How we decide*. Nova York: Mariner Books, 2009, 302p.
53. LEONE, Eugenia T; BALTAR, Paulo. *A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro*. Revista brasileira estudos populacionais, v.25, n.2 São Paulo, 2008
54. LOEWENSTEIN, GF. *Out of Control: Visceral Influences on Behavior Elsevier: Organizational Behavior and Human Decision Processes*, v.65, n.3, p. 272–292, mar.1996
55. MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes *et al. Avaliação Neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2010. 431p.
56. MARCUS, Dawn A. *Estrogen and Tension-type Headache*. Current Pain and Headache Reports, v.5, n. 5, p.449-453, 2001.
57. MATTA, André P.C.; FILHO, Pedro F. M. *Sintomas Depressivos e Ansiedade em Pacientes com Cefaléia do Tipo Tensional Crônica e Episódica*. Arquivos de Neuro-psiquiatria, v. 61, n. 4, p. 991-994, 2003.
58. MENEZES, Amanda A. *Evidências de validade de instrumentos para avaliar funções executivas em alunos de 5ª a 8ª série*. Itatiba, 2008, 103 p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco
59. MIGUEL, Fabiano Koich. *Teste Wisconsin De Classificação De Cartas*. Universidade São Francisco: Avaliação Psicológica, v.4, n.2, p.203-204, 2005.
60. MONCHI, Michael; PETRE, Valentina, WORSLEY, Keith; DAGHER, Alain. *Wisconsin card sorting revisited: Distinct neural circuits participating in different stages of the task identified by event-related functional magnetic resonance imaging*. The Journal of Neuroscience, v.21, n.19, p.7733-7741, 2001.

61. MONTIEL, José Maria; CAPOVILLA, Alessandra Gotuzo S. *Teste de Atenção por Cancelamento: Análise de critérios de correção*. Revista Integração, ano XIV, n.54 , p.288-296, jul/ago/set. 2008.
62. MORISHIMA, Yosuke *et al.* *Task-specific signal transmission from prefrontal cortex in visual selective attention*. Nature Neuroscience, v.12, n.1, p.85-91, jan. 2009.
63. MOTA, Ana R.S; SANTOS, Ardnildo M; SILVA, Tatiana F.C. *EMPREENDEDORISMO: o perfil empreendedor de mulheres de sucesso*. Dissertação (Especialização) em Gestão Empresarial e de Pessoas – Universidade Potiguar, João Pessoa, 2004
64. NORONHA, Ana Paula P. *et al.* *Atenção Sustentada e Concentrada: construtos semelhantes?* Psicologia: Pesquisa & Trânsito, v.2, n.1, p.29-36, jan./jun. 2006.
65. NORTON, Peter J.; ASMUNDSON, Gordon J.G. *Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain*. Pain, v.111, n.1, p.218-223, set. 2004.
66. OLIVEIRA, Murilo Alvarenga . *Heurísticas e Vieses de Decisão: Um Estudo com Participantes de uma Simulação Gerencial*. Rio de Janeiro: Sociedade, Contabilidade e Gestão, v. 4, n. 1, pp.72-90, jan/jun. 2009.
67. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – Departamento de Economia e Assuntos Sociais. *The World's Women 2010: Trends and Statistics*. 5ed. cap 4 Nova York: 2010
68. PETERSEN, Circe S; NUNES, Maria Lucia T. *Cefaléia tensional crônica e psicopatologia*. Psic: revista da Vetor Editora, v.3 n.2 São Paulo: dez. 2002
69. PINO, Viviane De; WERLANG, Blanca S G. *Flexibilidade Mental na Resolução de Problemas em Indivíduos que Cumprem Pena por Homicídio Qualificado*. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.21, n.1, p.142-150, set/2007.

70. PIZZATTO, Mariângela. *Cefaléia e Ansiedade em População Adulta: Um Estudo De Base Populacional*. Joaçaba - Sc, 2005 Dissertação (Mestrado) em Saúde Coletiva da Universidade do Oeste de Santa Catarina.
71. REIS, Vania PF. *A Empregabilidade na Grande Vitória*, 2004. 47p.
72. ROCHA, Felipe Filardi da. *Correlações neuropsicológicas e genéticas do processo de tomada de decisão no transtorno-compulsivo*. Dissertação (Doutorado) - Departamento de Farmacologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009, 90p.
73. SANTOS, Carlos M T *et al*. *Cefaléia Tensional*. Revista Brasileira de Medicina, v.65, n.5, ago. 2007.
74. SHIMIZU, Alessandra M. *Defining Issues Test-2: Fidedignidade da Versão Brasileira e Ponderações acerca de seu Uso em Pesquisas sobre Moralidade*. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.17, n.1, p.5-14, 2004.
75. SCHWARTZ, Brian S; STEWART, Walter F.; SIMON, David; LIPTON, Richard B. *Epidemiology of Tension-Type Headache*. Journal of American Medical Association (JAMA), v. 279, n.5, p. 381-383, 4 fev 1998.
76. SHHEIBIA, Tarig A A. *Controle de um Braço Robótico Utilizando uma Abordagem de Agentes Inteligentes*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências e Tecnologia, Coordenação de Pós-Graduação em Informática, Campina Grande, PB, Julho de 2001. 84 p
77. SIDIROPOULOU, Kyriaki *et al*. *Dopamine modulates an mGluR5-mediated depolarization underlying prefrontal persistent activity*. Nature Neuroscience, v.12, n.2, p.190-199 fev, 2009.
78. SILBERSTEIN, Stephen David; PERES, Mario Fernando P. *Cefaléias nas mulheres*. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Albert Einstein. v.2, suplem. 1, p.67-72, 2004. Disponível em: <<http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Suplemento/cefaleias%20nas%20mulheres.pdf>> Acesso em: jan 2011

79. SIMON, Herbert A. *Making Management Decisions: the Role of Intuition and Emotion* *Academy of Management Executive*. JSTOR, v.1, n.1, p.57-64, 1987.
80. SPECIALI, José Geraldo *Classificação das Cefaléias*. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SIMPÓSIO: CEFALÉIA v.30, n.4, cap.1, p.421-427, out./dez. 1997. Disponível em: <www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n40/classificacao_%20cefaleias.pdf> Acesso em: Jan 2011.
81. STOVNER, LJ *et al.* *The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide*. *Cephalalgia*, v.27, n.3, p193–210, mar. 2007.
82. SUBCOMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CEFALÉIA. *Classificação Internacional Das Cefaléias - 2ed.* Tradução da Sociedade Brasileira de Cefaléia. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda., 2006, 146 p.
83. TASSY, Sébastien *et al.* *Disrupting the right prefrontal cortex alters moral judgement*. Disponível em: <<http://scan.oxfordjournals.org>> Acesso em abr 2011
84. The American Heritage Dictionary of the English Language. Houghton Mifflin Company. 4ed., 2000.
85. TONETTO, Leandro M *et al.* *O papel das heurísticas no julgamento e na tomada de decisão sob incerteza*. *Campinas: Estudos de Psicologia*, v. 23, n.2, p.181-189, abr-jun. 2006.
86. TRANEL, Daniel; BECHARA, Antoine; DAMASIO, Antonio R. *Decision Making and the Somatic Marker Hypothesis*, p.1047-1061, cap.VIII *in: The New Cognitive Neurosciences*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2000
87. TRENTINI, Clarissa M; ARGIMON, Irani Iracema L; OLIVEIRA, Margareth S.; WERLANG, Blanca G. *O Desenvolvimento De Normas Para O Teste Wisconsin De Classificação De Cartas (Pesquisa Em Andamento) Avaliação Psicológica*, v.5, n.2, p.247-250, 2006.

88. TSUJI, Selma Rumiko; CARVALHO, Deusvenir de Souza. *Aspectos Psíquicos das Cefaléias Primárias*. Revista Neurociências, v.10, n.3, p.129-136, 2002.
89. VINCENT, Maurice. *Fisiopatologia das cefaléias* PRIMEIRO CONGRESSO VIRTUAL LIBERO-AMERICANO DE NEUROLOGIA. Conferência 2 - Del Area Cefaleas, 1998. Disponível em: <<http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/cefaleas-2.html>> Acesso em: abr 2011.
90. VINCENT, Maurice. *Fisiopatologia da Enxaqueca (ou Migrânea)*. Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SIMPÓSIO: CEFALÉIA v.30, n.4, cap.II, p.428-436, out./dez. 1997. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n4/fisiopatologia_%20enxaqueca.pdf> Acesso em: abr 2011.
91. VINCENT, Maurice *et al.* *Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira*. Arquivos em Neuropsiquiatria, v.56, n.4, p.734-743, 1998.
92. VOSS, Joel L; PALLER, Ken A. *Guess responses were more CCAurate following divided-attention than full-attention encoding*. Nature Neuroscience, v.12, n.3, p.349-355, mar. 2009.
93. Wechsler, David. *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – WAIS-III*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
94. ZAJONC, R. B., *Feeling and Thinking: Preferences Need No Inferences*. American Psychologist, v.35, n.2., p.151-175, fev 1980.
95. ZUKERMAN, Elioiva. *Fisiopatologia da cefaléia crônica diária*. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Albert Einstein, v.2, suplement.1, p.5-7, 2004. Disponível em: <<http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Suplemento/fisiopatologia%20da%20cefaleia%20cronica%20diaria.pdf>> Acesso em: jan 2011
96. ZUKERMAN, Elioiva; GUENDLER, Vera Zukerman; MERCANTE, Juliane P P; PERES, Mario Fernando P. *Cefaléia e qualidade de vida*. v.2 suplement. 1, p.73-75 2004. Disponível em: <<http://www.einstein.br/biblioteca/artigos/Suplemento/cefaleia%20e%20qualidade%20de%20vida.pdf>> Acesso em: dez 2010

ANEXO I

Classificação e Códigos OMS CID-10NA		
Código IHS*	Código OMS	Diagnóstico
CID-Cf-II	CID-10NA	[e código CID-10 etiológico para cefaléias secundárias]
1	[G43]	Migrânea
1.1	[G43.0]	Migrânea sem aura
1.2	[G43.1]	Migrânea com aura
1.2.1	[G43.10]	Aura típica com cefaléia migranosa
1.2.2	[G43.10]	Aura típica com cefaléia não-migranosa
1.2.3	[G43.104]	Aura típica sem cefaléia
1.2.4	[G43.106]	Migrânea hemiplégica familiar (MHF)
1.2.5	[G43.106]	Migrânea hemiplégica esporádica
1.2.6	[G43.108]	Migrânea do tipo basilar
1.3	[G43.82]	Síndromes periódicas da infância comumente precursoras de migrânea
1.3.1	[G43.82]	Vômitos cíclicos
1.3.2	[G43.820]	Migrânea abdominal
1.3.3	[G43.821]	Vertigem paroxística benigna da infância
1.4	[G43.81]	Migrânea retiniana
1.5	[G43.3]	Complicações da migrânea
1.5.1	[G43.3]	Migrânea crônica
1.5.2	[G43.2]	Estado migranoso
1.5.3	[G43.3]	Aura persistente sem infarto
1.5.4	[G43.3]	Infarto migranoso
1.5.5	[G43.3]+ [G40.x ou G41.x]1	Crise epiléptica desencadeada por migrânea
1.6	[G43.83]	Provável migrânea
1.6.1	[G43.83]	Provável migrânea sem aura
1.6.2	[G43.83]	Provável migrânea com aura
1.6.5	[G43.83]	Provável migrânea crônica
2	[G44.2]	Cefaléia do tipo tensional (CTT)
2.1	[G44.2]	Cefaléia do tipo tensional episódica infrequente
2.1.1	[G44.20]	Cefaléia do tipo tensional episódica infrequente associada a dorimento pericraniano
2.1.2	[G44.21]	Cefaléia do tipo tensional episódica infrequente não-associada a dorimento pericraniano
2.2	[G44.2]	Cefaléia do tipo tensional episódica frequente
2.2.1	[G44.20]	Cefaléia do tipo tensional episódica frequente associada a dorimento pericraniano
2.2.2	[G44.21]	Cefaléia do tipo tensional episódica frequente não-associada a dorimento pericraniano
2.3	[G44.2]	Cefaléia do tipo tensional crônica
2.3.1	[G44.22]	Cefaléia do tipo tensional crônica associada a dorimento pericraniano
2.3.2	[G44.23]	Cefaléia do tipo tensional crônica não-associada a dorimento pericraniano
2.4	[G44.28]	Provável cefaléia do tipo tensional
2.4.1	[G44.28]	Provável cefaléia do tipo tensional episódica infrequente
2.4.2	[G44.28]	Provável cefaléia do tipo tensional episódica frequente
2.4.3	[G44.28]	Provável cefaléia do tipo tensional crônica
3	[G44.0]	Cefaléia em salvas
3.1	[G44.0]	Cefaléia em salvas e outras cefaléias trigêmino-autonômicas
3.1.1	[G44.01]	Cefaléia em salvas episódica
3.1.2	[G44.02]	Cefaléia em salvas crônica
3.2	[G44.03]	Hemicrania paroxística
3.2.1	[G44.03]	Hemicrania paroxística episódica
3.2.2	[G44.03]	Hemicrania paroxística crônica (HPC)
3.3	[G44.08]	lacrimejamento (SUNCT)
3.4	[G44.08]	Provável cefaléia trigêmino-autonômica
3.4.1	[G44.08]	Provável cefaléia em salvas
3.4.2	[G44.08]	Provável hemicrania paroxística
3.4.3	[G44.08]	Provável SUNCT
4	[G44.80]	Outras cefaléias primárias
4.1	[G44.800]	Cefaléia primária em facada
4.2	[G44.803]	Cefaléia primária da tosse
4.3	[G44.804]	Cefaléia primária do esforço físico
4.4	[G44.805]	Cefaléia primária associada a atividade sexual
4.4.1	[G44.805]	Cefaléia pré-orgástica
4.4.2	[G44.805]	Cefaléia orgástica
4.5	[G44.80]	Cefaléia hipnica
4.6	[G44.80]	Cefaléia trovoada primária
4.7	[G44.80]	Hemicrania contínua
4.8	[G44.2]	Cefaléia persistente e diária desde o início (CPDI)

* International Headache Society

1 O código adicional especifica o tipo de crise.

ANEXO II

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS CEFALÉIAS PRIMÁRIAS (SIC-2004)

<p>Enxaqueca sem aura/ Migrânea comum/ Hemicrania simples:</p> <p>A. Pelo menos 5 crises¹ preenchendo critérios de B a D</p> <p>B. Cefaléia durando de 4 a 72 horas (sem tratamento ou com tratamento ineficaz)</p> <p>C. A cefaléia preenche ao menos duas das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localização unilateral 2. Caráter pulsátil 3. Intensidade moderada ou forte 4. Exacerbada por ou levando o indivíduo a evitar atividades físicas rotineiras <p>D. Durante a cefaléia, pelo menos um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Náusea e/ou vômitos 2. Fotofobia e fonofobia <p>E. Não atribuída a outro transtorno</p>	<p>Cefaléia do tipo tensional episódica infrequente:</p> <p>A. Pelo menos 10 crises ocorrendo em < 1 dia por mês em média (< 12 dias por ano) e preenchendo os critérios de B a D</p> <p>B. Cefaléia durando de 30 minutos a 7 dias</p> <p>C. A cefaléia tem pelo menos duas das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localização bilateral 2. Caráter em pressão/aperto (não pulsátil) 3. Intensidade fraca ou moderada 4. Não é agravada por atividade física rotineira como caminhar ou subir escadas <p>D. Ambos os seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de náusea/ vômito (anorexia pode ocorrer) 2. Fotofobia ou fonofobia <p>E. Não atribuída a outro transtorno</p>		
<p>Enxaqueca com aura/ Migrânea clássica/ Migrânea complicada:</p> <p>A. Pelo menos 2 crises preenchendo o critério B</p> <p>B. Aura de migrânea preenchendo os critérios B e C para uma das subformas abaixo:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="225 965 480 1821" style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Aura típica com cefaléia migranosa</p> <p>A. Pelo menos 2 crises preenchendo os critérios de B a D</p> <p>B. Aura consistindo em pelo menos um dos seguintes completamente reversíveis, mas sem nenhuma parestesia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomas visuais 2. Sintomas sensitivos, 3. Disfasia <p>C. Pelo menos dois dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensitivos unilaterais 2. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos 3. Cada sintoma dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos <p>D. Não atribuída a outro transtorno</p> </td> <td data-bbox="480 965 778 1821" style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Migrânea do tipo basilar</p> <p>A. Pelo menos 2 crises preenchendo critérios de B a D</p> <p>B. Aura consistindo em pelo menos dois dos seguintes sintomas totalmente reversíveis, mas sem parestesia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disartria 2. Vertigem 3. Zumbido 4. Hipoacusia 5. Diplopia 6. Ataxia 7. Sintomas visuais <p>ocorrendo simultaneamente nos dois olhos</p> <p>8. Diminuição no nível de consciência</p> <p>9. Parestesias bilaterais simultâneas</p> <p>C. Pelo menos um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos 2. Cada sintoma de aura dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos <p>D. Não atribuída a outro transtorno</p> </td> </tr> </table> <p>C. Não atribuída a outro transtorno</p>	<p>Aura típica com cefaléia migranosa</p> <p>A. Pelo menos 2 crises preenchendo os critérios de B a D</p> <p>B. Aura consistindo em pelo menos um dos seguintes completamente reversíveis, mas sem nenhuma parestesia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomas visuais 2. Sintomas sensitivos, 3. Disfasia <p>C. Pelo menos dois dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensitivos unilaterais 2. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos 3. Cada sintoma dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos <p>D. Não atribuída a outro transtorno</p>	<p>Migrânea do tipo basilar</p> <p>A. Pelo menos 2 crises preenchendo critérios de B a D</p> <p>B. Aura consistindo em pelo menos dois dos seguintes sintomas totalmente reversíveis, mas sem parestesia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disartria 2. Vertigem 3. Zumbido 4. Hipoacusia 5. Diplopia 6. Ataxia 7. Sintomas visuais <p>ocorrendo simultaneamente nos dois olhos</p> <p>8. Diminuição no nível de consciência</p> <p>9. Parestesias bilaterais simultâneas</p> <p>C. Pelo menos um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos 2. Cada sintoma de aura dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos <p>D. Não atribuída a outro transtorno</p>	<p>Cefaléia do tipo tensional episódica frequente:</p> <p>A. Pelo menos 10 crises que ocorrem em ≥ 1 dia, porém < 15 dias por mês durante pelo menos três meses (≥ 12 dias e < 180 dias por ano) preenchendo critérios de B a D</p> <p>B. Cefaléia durando de 30 minutos a sete dias</p> <p>C. A cefaléia tem pelo menos duas das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localização bilateral 2. Caráter em pressão/aperto (não pulsátil) 3. Intensidade fraca ou moderada 4. Não é agravada por atividade física rotineira como caminhar ou subir escadas <p>D. Ambos os seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de náusea/ vômito (anorexia pode ocorrer) 2. Fotofobia ou fonofobia <p>E. Não atribuída a outro transtorno</p> <p>Cefaléia do tipo tensional crônica:</p> <p>A. Cefaléia que ocorre em ≥ 15 dias por mês, em média, por > três meses (≥ 180 dias por ano) 1, e preenchendo os critérios de B a D</p> <p>B. A cefaléia dura horas ou pode ser contínua</p> <p>C. A cefaléia tem pelo menos duas das seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localização bilateral 2. Caráter em pressão/aperto (não pulsátil) 3. Intensidade fraca ou moderada 4. Não é agravada por atividade física rotineira como caminhar ou subir escadas <p>D. Ambos os seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não mais do que um dos seguintes sintomas: fotofobia, fonofobia ou náusea leve 2. Nem náusea moderada ou intensa, nem vômitos <p>E. Não atribuída a outro transtorno</p> <p>Cefaléia em salvas:</p> <p>A. Pelo menos 5 crises preenchendo critérios de B a D</p> <p>B. Dor forte e muito forte unilateral, orbitária, supra-orbitária e/ou temporal, durando de 15 a 180 minutos, se não tratada</p> <p>C. A cefaléia acompanha-se de pelo menos um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperemia conjuntival e/ou lacrimejamento ipsilaterais 2. Congestão nasal e/ou rinorréia ipsilaterais 3. Edema palpebral ipsilateral 4. Sudorese frontal e facial ipsilateral 5. Miose e/ou ptose ipsilateral 6. Sensação de inquietude ou agitação <p>D. As crises têm freqüência de 1 a cada 2 dias a 8 por dia</p> <p>E. Não atribuída a outro transtorno</p>
<p>Aura típica com cefaléia migranosa</p> <p>A. Pelo menos 2 crises preenchendo os critérios de B a D</p> <p>B. Aura consistindo em pelo menos um dos seguintes completamente reversíveis, mas sem nenhuma parestesia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomas visuais 2. Sintomas sensitivos, 3. Disfasia <p>C. Pelo menos dois dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomas visuais homônimos e/ou sintomas sensitivos unilaterais 2. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos 3. Cada sintoma dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos <p>D. Não atribuída a outro transtorno</p>	<p>Migrânea do tipo basilar</p> <p>A. Pelo menos 2 crises preenchendo critérios de B a D</p> <p>B. Aura consistindo em pelo menos dois dos seguintes sintomas totalmente reversíveis, mas sem parestesia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disartria 2. Vertigem 3. Zumbido 4. Hipoacusia 5. Diplopia 6. Ataxia 7. Sintomas visuais <p>ocorrendo simultaneamente nos dois olhos</p> <p>8. Diminuição no nível de consciência</p> <p>9. Parestesias bilaterais simultâneas</p> <p>C. Pelo menos um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelo menos um sintoma de aura desenvolve-se gradualmente em ≥ 5 minutos e/ou diferentes sintomas de aura ocorrem em sucessão em ≥ 5 minutos 2. Cada sintoma de aura dura ≥ 5 minutos e ≤ 60 minutos <p>D. Não atribuída a outro transtorno</p>		

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Dados de identificação da Voluntária:

Nome:

Idade: anos

R.G. _____

Telefones para contato: () - () - ()

Bairro/ Cidade/ Estado em que reside:

A Sr.^a está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “*AValiação DOS ASPECTOS COGNITIVOS PARA A TOMADA DE DECISÃO POR PROFISSIONAIS PORTADORAS DE CEFALÉIA PRIMÁRIA*”, de responsabilidade da pesquisadora Leticia F. Reis, da Instituição _____ (nome da instituição) com os seguintes intuítos e importância

OBJETIVO: Verificar se existe influência da cefaléia na tomada de decisão em mulheres inseridas no mercado de trabalho.

PROCEDIMENTOS: Serão aplicados testes de duração aproximada de 1hora e um questionário por profissionais certificados e credenciados.

BENEFÍCIOS: Se for constatado com este estudo que existe alguma influência da cefaléia nos aspectos cognitivos, será importante para orientação de pessoas acometidas, para obter dados para futuras pesquisas em tomada de decisão, além de poder gerar ferramentas para desenvolver treinamentos e aprimoramentos para não perdermos estes potenciais e esta força de trabalho em um ambiente tão necessário para o desenvolvimento do Estado.

GARANTIA: Fica garantido seu acesso ao pesquisador e caso seja de interesse, a um retorno verbal da performance nos testes por um período máximo de 15 dias após a realização dos mesmos.

CONFIDENCIALIDADE: As informações obtidas serão analisadas pela equipe em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Você tem o direito à privacidade e os profissionais irão tomar as devidas precauções para proteger a confidencialidade de seus registros. Seu nome e quaisquer outras informações que possam lhe identificar não aparecerão em nenhuma apresentação ou publicação resultante deste estudo.

Você deve ter ciência de que é voluntária e que a qualquer momento pode retirar o seu consentimento de participar.

Eu, (nome do voluntário), RG nº (número de identificação) declaro ter sido informado e entendido o propósito da pesquisa e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Vitória, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente

Testemunha1

Testemunha2

ANEXO IV

HIT-6™

TESTE DO IMPACTO DA
DOR DE CABEÇA

Este questionário foi elaborado para lhe ajudar a descrever e informar a maneira como você se sente e o que não pode fazer por causa de suas dores de cabeça.

Para cada pergunta, por favor, faça um "X" no quadrado que corresponde à sua resposta.

1	Quando você tem dor de cabeça, com que frequência a dor é forte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nunca	Raramente	Às vezes	Com muita frequência	Sempre
2	Com que frequência as dores de cabeça limitam sua capacidade de realizar suas atividades diárias habituais, incluindo cuidar da casa, trabalho, estudos, ou atividades sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nunca	Raramente	Às vezes	Com muita frequência	Sempre
3	Quando você tem dor de cabeça, com que frequência você gostaria de poder se deitar para descansar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nunca	Raramente	Às vezes	Com muita frequência	Sempre
4	Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu cansado(a) demais para trabalhar ou para realizar suas atividades diárias, por causa de suas dores de cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nunca	Raramente	Às vezes	Com muita frequência	Sempre
5	Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu que não estava mais agüentando ou se sentiu irritado(a) por causa de suas dores de cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nunca	Raramente	Às vezes	Com muita frequência	Sempre
6	Durante as últimas 4 semanas, com que frequência suas dores de cabeça limitaram sua capacidade de se concentrar em seu trabalho ou em suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nunca	Raramente	Às vezes	Com muita frequência	Sempre



COLUNA 1
(6 pontos cada)

+



COLUNA 2
(8 pontos cada)

+



COLUNA 3
(10 pontos cada)

+



COLUNA 4
(11 pontos cada)

+



COLUNA 5
(13 pontos cada)

Para calcular o seu resultado, some por colunas os pontos das respostas.

Por favor, mostre ao seu médico os resultados do seu teste (HIT-6).

Total de Pontos

Quanto mais alto o total de pontos maior é o impacto da dor de cabeça em sua vida.

A faixa de pontos varia entre 36-78.

HIT-6™ Brazil (Brazilian) Version 1.1

© 2000, 2001 QualityMetric, Inc. and GlaxoSmithKline Group of Companies



TESTE DO IMPACTO DA DOR DE CABEÇA O que sua pontuação significa?

▼ Se você fez 60 pontos ou mais

Suas dores de cabeça estão causando um impacto muito severo em sua vida. Você pode estar experimentando dor incapacitante ou outros sintomas que são mais graves do que aqueles experimentados por outras pessoas que sofrem com dores de cabeça. Não permita que suas dores de cabeça impeçam-no de aproveitar as coisas importantes de sua vida, como sua família, trabalho, estudo ou atividades sociais.

Marque uma consulta hoje com um médico para discutir os resultados obtidos por você no HIT-6 e suas dores de cabeça.

▼ Se você fez entre 56 e 59 pontos

Suas dores de cabeça estão causando um impacto substancial em sua vida. Como resultado você pode estar sofrendo fortes dores e outros sintomas, que fazem com que você perca tempo que estaria dedicando a sua família, trabalho, estudos ou atividades sociais.

Marque uma consulta hoje com um médico para discutir os resultados obtidos por você no HIT-6 e suas dores de cabeça.

▼ Se você fez entre 50 e 55 pontos

Suas dores de cabeça parecem estar causando algum impacto em sua vida.

Suas dores de cabeça, porém, não fazem com que você perca tempo que estaria dedicando a sua família, trabalho, estudos ou atividades sociais.

Assegure-se de discutir os resultados obtidos por você no HIT-6 e suas dores de cabeça na próxima vez que for ao médico.

▼ Se você fez 49 pontos ou menos

Suas dores de cabeça parecem estar causando, atualmente, pouco ou nenhum impacto em sua vida.

Sugerimos que você faça o HIT-6 mensalmente e continue a verificar como suas dores de cabeça afetam sua vida.

▼ Caso sua pontuação no HIT-6 tiver sido 50 ou superior

Você deve mostrar os resultados a seu médico.

As dores de cabeça que estão perturbando sua vida podem constituir uma enxaqueca.

Leve o HIT-6 com você quando visitar seu médico, pois pesquisas mostram que, quando médicos compreendem exatamente o quanto as dores de cabeça afetam a vida de seus pacientes, há muito mais chance de que eles forneçam um programa de tratamento efetivo, o qual pode incluir terapia medicamentosa.

O HIT também está disponível na Internet, em www.headachetest.com.

A versão disponível na Internet permite imprimir um relatório pessoal de seus resultados, bem como uma versão especial detalhada, para seu médico.

Não se esqueça de fazer o HIT-6 novamente ou usar a versão disponível na Internet, para continuar a monitorar seu progresso.

▼ Sobre o HIT

O HIT (Headache Impact Test, teste do impacto das dores de cabeça) é uma ferramenta usada para medir o impacto que as dores de cabeça têm em sua capacidade no trabalho, nos estudos, em casa e em situações sociais. Sua pontuação mostra o efeito que as dores de cabeça têm em sua vida diária e em sua capacidade de atuar. O HIT foi desenvolvido por uma equipe internacional de especialistas em dor de cabeça, composto de neurologistas e clínicos gerais.

O HIT não tem a intenção de oferecer aconselhamento médico com respeito a diagnósticos médicos ou tratamentos. Para obter aconselhamento para sua situação específica, você deve conversar com seu médico.

ANEXO V

QUESTIONÁRIO

Data: _____ Nome: _____

1. Qual a sua situação atual de trabalho?

(1) empregada com carteira assinada	(3) sócia ou proprietária de empresa
(2) empregada sem carteira assinada	(4) autônoma

2. Há quanto tempo você está trabalhando nesta situação?

(1) menos de um ano	(4) de 7 a 9 anos
(2) de 1 a 3 anos	(5) de 10 a 20 anos
(3) de 4 a 6 anos	(6) 21 anos ou mais

3. Idade ?

(1) de 19 a 25 anos	(3) de 36 a 40anos
(2) de 26 a 35 anos	(4) de 41 a 55 anos

4. Estado civil ?

(1) solteira	(3) separada / divorciada
(2) casada/ amigada/ relação estável	(4) viúva

5. Qual o seu grau de escolaridade?

(1) ensino fundamental (1ºgrau) incompleto	(5) ensino superior (3ºgrau) incompleto
(2) ensino fundamental (1ºgrau) completo	(6) ensino superior (3ºgrau) completo
(3) ensino médio (2ºgrau) incompleto	(7) pós-graduação/ MBA/ especialização
(4) ensino médio (2ºgrau) completo	(8) mestrado/ doutorado

6. Porte da Empresa em que trabalha?

(1) micro (até 9 funcionários)	(3) média (de 100 a 399 funcionários)
(2) pequena (de 10 a 99 funcionários)	(4) grande (400 ou mais funcionários)

7. De um modo geral posso dizer que meu trabalho é basicamente:

(1) auto-controlado / determinado por mim	(3) parcialmente controlado / determinado por outro(s) mas eu opino
(2) parcialmente controlado / determinado por mim juntamente com outro(s)	(4) controlado / determinado por outra(s) pessoa(s)

8. Em seu trabalho você...?

(1) Não tem que tomar decisões, tudo já está definido por superior(es)	(4) Quase sempre tem que tomar decisões
(2) Raras vezes tem que tomar decisões	(5) Sempre tem que tomar decisões pois você é a responsável pelas decisões da empresa/setor
(3) Algumas vezes tem que tomar decisões	

Responda às perguntas seguintes referente às suas últimas 4 semanas:

9. Como tem sido sua Alimentação?

- (1) Saudável e Rotineira (4) Razoável e Infreqüente
 (2) Saudável e Infreqüente (5) Não-saudável e Rotineira
 (3) Razoável e Rotineira (6) Não-saudável e Infreqüente

10. Como tem sido seu Sono?

- (1) Durmo entre 4 e 8hs e acordo revigorada (3) Durmo menos de 4hs e acordo revigorada
 (2) Durmo entre 4 e 8hs mas não acordo revigorada (4) Durmo menos de 4hs mas não acordo revigorada

11. Com que frequência você faz uso:	Não uso	Faz uso de uma a duas vezes na semana	Faz uso de três a quatro vezes na semana	Faz uso de cinco a sete vezes na semana
Cigarro ou charuto	1	2	3	4
Bebida alcoólica	1	2	3	4
Outros estimulantes: Qual(is)?	1	2	3	4

12. Como tem estado emocionalmente?

- (1) Triste (3) Aborrecida (5) Simpática (7) Ansiosa
 (2) Reservada (4) Tranquila (6) Agitada (8) Outro: Qual?

13. Como tem estado em seu humor?

- (1) Deprimida (3) Normal (5) Eufórica
 (2) Irritável (4) Animada (6) Outro: Qual?

14. Como tem sido seu Lazer?

- (1) Freqüente e individual (3) Moderado e individual (5) Raramente e individual
 (2) Freqüente e com família/amigos (4) Moderado e com família/amigos (6) Raramente e com família/amigos

15. Como tem sido seu Relacionamento familiar?

- (1) Não sou próxima (2) Sou próxima, mas mais reservada (3) Sou próxima e envolvida

16. Como tem sido seu Relacionamento no trabalho?

- (1) Não sou próxima (2) Sou próxima, mas mais reservada (3) Sou próxima e envolvida

17. Quanta à intensidade da dor que você sentiu neste período?

- (1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave

18. Quanto à dor que você sentiu, percebeu a interferência da mesma em seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

- (1) Em nada (2) Um pouco (3) Razoável (4) Bastante (5) Extremamente

19. Como se percebe no trabalho?	Sim devido à dor	Sim devido ao meu emocional	Sim devido a outros fatores	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	3	4
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2	3	4
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2	3	4

20. Percebeu alguma interferência na qualidade de suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

(1) Sim (2) Não

21. Se respondeu sim à pergunta 20, você relaciona esta interferência.....	Não	Um pouco	Razoavelmente	Muito
(a) à dor	1	2	3	4
(b) a problemas emocionais	1	2	3	4

22. Diagnóstico:

23. Tempo de diagnóstico: (1) até 1 ano; (2) de 2 a 5 anos; (3) mais de 5 anos.

24. Histórico:

25. Outras patologias:

26. Tratamentos a que já se submeteu:

27. Em que período do ciclo menstrual você está?

(1) pré-menstrual (2) menstrual (3) pós-menstrual (4) menopausa

ANEXO VI

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

<p>1. 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>	<p>12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas. 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas. 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p>
<p>2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p>	<p>13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época. 1 Adio minhas decisões mais do que costumava. 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. 3 Não consigo mais tomar decisões.</p>
<p>3. 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>	<p>14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos. 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 Considero-me feio.</p>
<p>4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p>	<p>15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes. 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa. 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.</p>
<p>5. 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado às vezes. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p>	<p>16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito. 1 Não durmo tão bem quanto costumava. 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.</p>
<p>6. 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p>	<p>17. 0 Não fico mais cansado que de hábito. 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava. 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p>
<p>7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito. 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está muito pior agora. 3 Não tenho mais nenhum apetite</p>
<p>8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p>	<p>19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. 1 Perdi mais de 2,5 Kg. 2 Perdi mais de 5,0 Kg. 3 Perdi mais de 7,5 Kg.</p>
<p>9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>	<p>Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()</p>
<p>10. 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.</p>	<p>20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde. 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.</p>
<p>11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo. 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.</p>	<p>21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. 1 Estou menos interessado por sexo que costumava. 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>

