

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**Giancarlo Dedone Bissolli**

**Reflexões junguianas sobre a cefaleia:**  
um estudo sobre emoções, percepções e fantasias

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**São Paulo**

**2021**

**Giancarlo Dedone Bissolli**

**Reflexões junguianas sobre a cefaleia:**

um estudo sobre emoções, percepções e fantasias

Dissertação apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos.

**São Paulo**

**2021**

Giancarlo Dedone Bissolli

**Reflexões junguianas sobre a cefaleia:**

um estudo sobre emoções, percepções e fantasias

Dissertação apresentada à banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

---

---

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Silvana Dedone, uma grande mulher, que possibilitou a execução deste trabalho e que com seu apoio e carinho me motivou a continuar, mesmo nos momentos de maior dificuldade.

Ao meu pai, Rogério Bissolli, por suas palavras amigas e incentivo na realização deste trabalho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos, por suas maravilhosas aulas que me ajudaram a fundamentar este trabalho, por sua orientação meticulosa, seu olhar único sobre os fenômenos psíquicos, seu espírito analítico e criterioso e, acima de tudo, por ser um modelo de psicóloga, acadêmica e professora.

À Profa. Dra. Liliana Wahba, por suas aulas inovadoras, por sua disponibilidade em ajudar os alunos e seus apontamentos tão úteis a este trabalho.

À Profa. Dra. Maria Teresa Moreno, por suas orientações carinhosas, porém criteriosas e sua disponibilidade.

A Rubem Mandelbaum Pugliesi, pelas discussões e debates intelectuais, por seus comentários brilhantes, sua sensibilidade e por ser um amigo para todos os momentos.

À Bianca Gresele, por sua amizade, capacidade de organização e inteligência que me auxiliariam imensamente.

À Victor Lippelt, por sua visão ímpar da psicologia clínica, seu brilhantismo e nossa amizade.

Aos amigos, Caio Koller, João Prieto, Daniel Ventri, Anne Hoffman, Mirene Prieto e Carol Koller, por nossa longa jornada como amigos, por serem um refúgio da atribulada vida acadêmica e por ajudarem na realização deste trabalho.

À Eliana Santos Vieira, minha grande amiga, que me ajudou a organizar minha vida neste período.

Ao amigo Jefferson Pereira, pelas conversas estimulantes e pela genialidade com os números que possibilitou a realização deste trabalho.

À Sofia Marques Ulisses, pela habilidade com as palavras que contribuiu para a realização deste trabalho.

Aos familiares, Wagner Dedone, Felipe Dedone, Ricardina Rinaldi e Rosana Bissolli, pelo apoio durante o processo de realização deste trabalho.

Aos amigos e colegas do mestrado, que me acompanharam nesta jornada e que possibilitaram bons momentos: Ana Paula Navarro, Camila Galliez, Christian Costa, Helena Lyrio-Carvalho, Vivian Bandeira e Viviane Rojas.

Aos meus pacientes, pela inspiração e por me desafiarem cada dia a ser um profissional melhor.

Por fim, aos participantes deste trabalho, que disponibilizaram seu tempo e sua atenção, minha imensa gratidão.

## RESUMO

BISSOLLI, G. D. **Reflexões junguianas sobre a cefaleia**: um estudo sobre emoções, percepções e fantasias. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

Cefaleia é um termo guarda-chuva que engloba diversos tipos de dores de cabeça. Muitas pesquisas têm demonstrado uma conexão entre as cefaleias e uma série de alterações emocionais e transtornos psiquiátricos. O presente estudo teve como objetivo compreender, de um ponto de vista simbólico, a cefaleia em adultos, investigando possíveis reflexões, fantasias, emoções, sentimentos e percepções frente a esse quadro, bem como as suas possíveis associações com a depressão e a ansiedade. Tratou-se de uma pesquisa exploratória de método misto, com uma etapa quantitativa, da qual participaram 133 adultos (88,7% do sexo feminino e 11,3% do sexo masculino), que responderam a um questionário *online*, e, posteriormente, uma etapa qualitativa, com a realização de entrevistas com oito participantes selecionados aleatoriamente. Os resultados mostraram que a maioria dos participantes apresentou níveis de leve a moderado para depressão e ansiedade, relatou que suas cefaleias eram desencadeadas por questões emocionais, notadamente ansiedade (75,2%) e raiva (48,9%), e por situações de estresse relativas a problemas interpessoais e perdas. Verificou-se que os níveis de ansiedade e depressão se correlacionaram positivamente com o impacto na realização das tarefas diárias, e negativamente com a crença na eficácia das estratégias de enfrentamento e sensação de confiança para enfrentar as dores de cabeça. As entrevistas e conteúdos simbólicos analisados revelaram uma atitude excessivamente controladora e organizada dos participantes e, por trás dela, a cefaleia se apresentou como um elemento disruptivo que promove a desorganização e afronta o seu controle. A compreensão dos resultados foi baseada nas reflexões da psicologia analítica e da psicossomática junguiana. A cefaleia foi considerada um quadro psicossomático que pode se apresentar como a transdução de um conflito psíquico para o corpo e atua com três funções principais: defensiva, compensatória e transformativa. Compreende-se que a cefaleia é uma doença complexa em que fatores emocionais e simbólicos podem ter um papel na sua formação e manutenção, e pode ser vista como uma problemática passível de ser explorada no processo analítico.

**Palavras-chave:** Dor de cabeça. Cefaleia. Emoção. Sentimento. Ansiedade. Depressão. Raiva. Estresse.

## ABSTRACT

BISSOLLI, G. D. **Jungian reflections on Migraine**: a study of emotions, perceptions and fantasies. 2021. Dissertation (Masters in Clinical Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

Migraine is an umbrella term that encompasses different types of headaches. Much research has shown a connection between migraine and a range of emotional changes and psychiatric disorders. This study aimed to understand, from a symbolic point of view, migraine in adults, investigating possible ideas, fantasies, emotions, feelings and perceptions regarding this condition, as well as its possible associations with depression and anxiety. This was an exploratory mixed method research, with a quantitative stage, in which 133 adults (88.7% female and 11.3% male) responded an online questionnaire, and subsequently, a qualitative stage, with interviews with eight randomly selected participants. The results showed that most participants had mild to moderate levels of depression and anxiety, reported that their headaches were triggered by emotional issues, notably anxiety (75.2%) and anger (48.9%), and by situations of stress relating to interpersonal problems and losses. It was found that the levels of anxiety and depression were positively correlated with the impact on performing daily tasks, and negatively correlated with the belief in the effectiveness of coping strategies and the feeling of confidence to cope with headaches. The interviews and symbolic content analyzed revealed an excessively controlling and organized attitude of the participants and, behind it, the migraine appears as a disruptive element that promotes disorganization and confronts its control. The understanding of results was based on reflections from Analytical Psychology and Jungian Psychosomatics. Migraine was considered a psychosomatic condition that presents itself as the transduction from a psychic conflict to the body and acts with three main functions: defensive, compensatory and transformative. Migraine is understood as a complex disease in which both emotional and symbolic factors play a role in its formation and maintenance, and it can be seen as a problem that can be addressed in the analytical process.

**Keywords:** Headache. Migraine. Emotion. Feelings. Anxiety. Depression. Anger. Stress.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados descritivos da amostra.....	66
Tabela 2 – Características das dores de cabeça.....	67
Tabela 3 – Eventos ou situações que marcaram o período de início das dores de cabeça.....	70
Tabela 4 – Emoções ou sentimentos relacionados às dores de cabeça.....	71
Tabela 5 – Eventos marcantes, impactantes ou estressantes que podem piorar ou desencadear a cefaleia.....	71
Tabela 6 – Eventos comuns ou recorrentes que provocam ou pioram a cefaleia.....	72
Tabela 7 – Estratégias para lidar com a dor de cabeça.....	73
Tabela 8 – Cenas, imagens e histórias.....	74
Tabela 9 – Emoções ou sentimentos relacionados as cenas, imagens e histórias..	74
Tabela 10 – Classificação da pontuação BDI-II.....	75
Tabela 11 – Classificação da pontuação BAI.....	75
Tabela 12 – Pontuações do BDI-II e BAI.....	76
Tabela 13 – Categorias BAI e BDI-II.....	76
Tabela 14 – Correlações entre a presença de diagnóstico médico e características da dor de cabeça.....	77
Tabela 15 – Correlações entre a intensidade da cefaleia e outras variáveis.....	77
Tabela 16 – Correlações entre o tempo com dor de cabeça, existência de aura e estratégia de tomar analgésico.....	78
Tabela 17 – Correlações entre a duração dos ataques de dor de cabeça e outras variáveis.....	78
Tabela 18 – Correlações frequência da dor de cabeça.....	79
Tabela 19 – Correlação entre aura e pontuação no BAI.....	80
Tabela 20 – Correlação entre o quanto a dor de cabeça afeta as tarefas diárias e outras variáveis.....	80

Tabela 21 – Correlação entre a crença de que dores de cabeça são desencadeadas por questões emocionais e pontuação no BDI-II.....	81
Tabela 22 – Correlações entre a percepção de que eventos marcantes pioram ou desencadeiam a dor de cabeça e pontuações no BAI e BDI-II.....	81
Tabela 23 – Correlações entre a percepção de que eventos comuns e recorrentes pioram ou desencadeiam a dor de cabeça e pontuações no BAI e BDI-II.....	82
Tabela 24 – Correlações entre a crença na eficácia das estratégias para lidar com as dores de cabeça e as pontuações no BAI e BDI-II.....	82
Tabela 25 – Correlações entre a confiança nas estratégias para lidar com as dores de cabeça e as pontuações no BAI e BDI-II.....	82
Tabela 26 – Categorização das cenas, imagens ou histórias relatadas e frequência.....	85
Tabela 27 – Descrição do perfil das entrevistadas.....	99
Tabela 28 – Características das cefaleias das entrevistadas.....	99

#### LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categoria temática: Fenômenos naturais intensos e destrutivos.....	86
Quadro 2 – Categoria temática: Tortura, agressão e/ou conflito.....	88
Quadro 3 – Categoria temática: Objetos de pressão, cortante, pontiagudo ou explosivo.....	91
Quadro 4 – Categoria temática: Imobilização.....	93
Quadro 5 – Categoria temática: Excesso ou alteração de estímulos.....	95
Quadro 6 – Categoria temática: Expressão emocional.....	96
Quadro 7 – Respostas à pergunta: Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Tem algum fato ou situação que você relaciona com o começo das suas dores de cabeça?.....	101
Quadro 8 – Respostas à pergunta: Quais são os fatores que você percebe que estão relacionados a sua dor?.....	102
Quadro 9 – Respostas à pergunta: Como as pessoas recebem sua dor de cabeça?.....	104

Quadro 10 – Respostas à pergunta: Tem alguma coisa que você faz que ajuda a diminuir as dores de cabeça? Você acha que tem algo que você consegue fazer que controle as dores?.....	106
Quadro 11 – Respostas à pergunta: Você se considera uma pessoa ansiosa?....	107
Quadro 12 – Respostas à pergunta: Como você lida com a sua ansiedade?.....	108
Quadro 13 – Respostas à pergunta: A sua ansiedade afeta a sua dor de cabeça?...109	
Quadro 14 – Respostas à pergunta: Suas dores de cabeça te deixam ansiosa?.....	110
Quadro 15 – Respostas à pergunta: A tristeza é uma emoção que te acompanha muito?.....	111
Quadro 16 – Respostas à pergunta: Você acredita que a tristeza afeta sua dor de cabeça?.....	112
Quadro 17 – Respostas à pergunta: Suas dores de cabeça te deixam triste?....	113
Quadro 18 – Respostas à pergunta: A raiva é uma emoção muito presente na sua vida?.....	113
Quadro 19 – Respostas à pergunta: Você acha que a raiva influencia sua dor de cabeça?.....	114
Quadro 20 – Respostas à pergunta: Como você lida com a raiva? Você reprime ou expressa sua raiva?.....	115
Quadro 21 – Respostas à pergunta: Você acha que a alegria afeta sua dor de cabeça?.....	116
Quadro 22 – Respostas à pergunta: Você acha que a dor de cabeça afeta sua capacidade de sentir felicidade ou prazer?.....	117
Quadro 23 – Respostas à pergunta: Você sente muito medo?.....	118
Quadro 24 – Respostas à pergunta: Você acha que o medo influencia na sua cefaleia?.....	119
Quadro 25 – Respostas à pergunta: Qual seu maior medo em relação a sua dor de cabeça?.....	120
Quadro 26 – Respostas à pergunta: O nojo é uma emoção presente na sua vida? Afeta a sua cefaleia?.....	121

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 CEFALIAS E SUAS CLASSIFICAÇÕES</b> .....	<b>16</b>
<b>3 PSICOLOGIA ANALÍTICA E PSICOSSOMÁTICA JUNGUIANA</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1 Complexo e ego</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2 O símbolo e o processo de simbolização</b> .....	<b>24</b>
<b>3.3 O conceito de transdução</b> .....	<b>26</b>
<b>4 PESQUISAS EM CEFALIA E MANIFESTAÇÕES EMOCIONAIS</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1 Quadros emocionais</b> .....	<b>31</b>
4.1.1 <i>Depressão e ansiedade</i> .....	31
4.1.2 <i>Cefaleia e estresse</i> .....	37
4.1.3 <i>Raiva e agressividade</i> .....	46
4.1.4 <i>Cefaleia e trauma</i> .....	50
4.1.5 <i>Cefaleia e bipolaridade</i> .....	51
<b>4.2 Impacto das cefaleias em outras áreas da vida</b> .....	<b>53</b>
4.2.1 <i>Sono</i> .....	53
4.2.2 <i>Trabalho</i> .....	55
<b>4.3 Síntese do capítulo</b> .....	<b>57</b>
<b>5 MÉTODO</b> .....	<b>60</b>
<b>5.1 Objetivo geral</b> .....	<b>60</b>
<b>5.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>60</b>
<b>5.3 Características do estudo</b> .....	<b>60</b>
<b>5.4 Participantes</b> .....	<b>61</b>
5.4.1 <i>Critério de exclusão</i> .....	61
<b>5.5 Local</b> .....	<b>62</b>
<b>5.6 Instrumentos</b> .....	<b>62</b>
5.6.1 <i>Questionário de cefaleia</i> .....	62
5.6.2 <i>Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)</i> .....	62
5.6.3 <i>Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)</i> .....	63
5.6.4 <i>Entrevista estruturada</i> .....	63
<b>5.7 Procedimentos</b> .....	<b>63</b>
5.7.1 <i>Procedimento de captação de participantes</i> .....	63
5.7.2 <i>Procedimento de coleta de dados</i> .....	64

5.7.3 Cálculo amostral.....	65
5.7.4 Procedimento ético.....	65
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>66</b>
<b>6.1 Análise quantitativa .....</b>	<b>66</b>
6.1.1 Descrição da amostra .....	66
6.1.2 Resultados do questionário de cefaleia .....	67
6.1.3 Resultados dos inventários de depressão e ansiedade de Beck (BDI-II e BAI).....	75
6.1.4 Análise de correlações.....	77
6.1.5 Síntese dos dados quantitativos.....	83
<b>6.2 Análise qualitativa .....</b>	<b>85</b>
6.2.1 Categorização das cenas, imagens e histórias a partir do questionário de cefaleia.....	85
6.2.1.1 Fenômenos naturais intensos e destrutivos.....	86
6.2.1.2 Tortura, agressão e/ou conflito .....	88
6.2.1.3 Objetos de pressão, cortante, pontiagudo ou explosivo.....	91
6.2.1.4 Imobilização.....	93
6.2.1.5 Excesso ou alteração de estímulos.....	94
6.2.1.6 Expressão emocional.....	96
6.2.1.7 Síntese das imagens, cenas e histórias.....	97
6.2.2 Análise das entrevistas .....	98
6.2.2.1 Caracterização das entrevistadas .....	98
6.2.2.2 Respostas às perguntas e comentários.....	99
6.2.2.3 Imagens, cenas e histórias associadas a cefaleia.....	122
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>136</b>
<b>7.1 Ansiedade e depressão .....</b>	<b>136</b>
<b>7.2 Estresse.....</b>	<b>138</b>
<b>7.3 Outras emoções e sentimentos .....</b>	<b>140</b>
<b>7.4 Uma compreensão psicossomática da cefaleia.....</b>	<b>141</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>145</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>149</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – 1ª etapa .....</b>	<b>160</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – 2ª etapa .....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICE C – Questionário de cefaleia.....</b>	<b>166</b>
<b>APÊNDICE D – Roteiro de entrevista.....</b>	<b>169</b>
<b>APÊNDICE E – Transcrição das entrevistas.....</b>	<b>171</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema deste trabalho se deu, em parte, pela experiência pessoal do pesquisador, que ao conviver com uma cefaleia tensional crônica, há pelo menos quatro anos, observou que a vida psíquica constitui um elemento de grande importância no surgimento, agravamento e melhora do quadro. Foi no trabalho com as imagens que surgiam da sua dor, que ele notou uma melhora no quadro. À motivação pessoal somaram-se as suas observações como psicólogo no contexto clínico, notadamente a respeito do caso de um de seus pacientes.

O paciente referido era um adulto que apresentava um quadro de cefaleia. Seus sintomas surgiam em momentos específicos, principalmente dentro do consultório terapêutico, e indicavam, sempre, um conflito ou uma ambivalência em relação a um assunto específico. Por exemplo, ao falar do trabalho, que não o agradava, ou ao relembrar um amor do passado, o qual despertava sentimentos de raiva e frustração.

A cefaleia vinha com uma grande força, era como uma tensão esmagadora sobre a sua cabeça e ela ia aumentando conforme ele falava sobre o tópico problemático. Após uma catarse, que poderia ser por meio da fala ou de uma expressão emocional intensa, o pesquisador/terapeuta percebia que o sintoma diminuía drasticamente e só voltava se trouxessem à luz outro conflito ou problema. A dor funcionava como uma espécie de alarme e isso era motivo de piadas por parte do paciente, que achava tudo aquilo muito engraçado e ao mesmo tempo doloroso.

Durante uma sessão, o paciente parecia muito incomodado com a dor e o pesquisador/terapeuta sugeriu um exercício de imaginação. Inicialmente, conduziu uma prática simples de respiração, e, em seguida, pediu ao paciente para se concentrar na sua dor, observando quais imagens, cenas ou palavras vinham à sua mente. O paciente, então, descreveu a seguinte situação: ele se via em um pequeno banco, como uma criança, e a sua mãe o recriminava. Ele ficava parado e não podia sair de jeito nenhum, de modo que nenhuma ação lhe era permitida. Ao ser indagado a respeito dos pensamentos que aquela imagem evocava, o paciente referiu que se sentia humilhado e com muita raiva. As impressões e sentimentos a respeito da imagem foram discutidas e ampliadas para outros aspectos da sua vida e, ao longo da sessão, a sua dor de cabeça diminuiu significativamente.

Esse caso clínico suscitou no pesquisador alguns questionamentos a respeito da natureza das cefaleias, levando-o a estudar a literatura específica a respeito do tema, que

revelou a relevância de pesquisar a cefaleia segundo uma perspectiva simbólica, uma vez que os estudos nesse campo são escassos. Dentre os estudos a esse respeito, o trabalho de Ramos (2006) intitulado “A psique do corpo” chamou atenção especial. Nessa obra, a autora aborda diferentes casos clínicos sob a perspectiva da psicossomática junguiana, e dentre eles, retrata o caso de uma paciente com cefaleia com a qual realizou um exercício de imaginação ativa. Na imagem descrita pela paciente da autora, ela está sendo julgada na praça pública de um vilarejo e um torturador aperta a sua cabeça com um torniquete para que ela confesse a sua culpa.

Algumas semelhanças e diferenças entre as imagens relatadas pela paciente de Ramos e pelo paciente do pesquisador chamaram a atenção. Ao passo que a paciente de Ramos (2006) retrata o sofrimento levado à esfera pública, com toda a cidade a julgando, o paciente do pesquisador, revela um julgamento pessoal, é a sua mãe que o tortura e não o deixa sair do limitado banquinho. Ambas as imagens dizem respeito a uma condenação, punição e cerceamento da liberdade. Se o símbolo é a via para o inconsciente e revela aspectos da realidade psíquica, essas imagens parecem contar uma história de pessoas torturadas e privadas, vítimas sem chance de apelação. Essas imagens e reflexões que elas despertaram no pesquisador, levaram às seguintes indagações: Para onde vai a raiva dos torturados? Teria esse sentimento alguma relação com a dor de cabeça vivenciada pelos pacientes?

A dor é um elemento simbólico que representa, de um lado, algo sobre o sistema biológico do indivíduo, e, de outro, algo sobre o seu sistema psíquico. Esses dois aspectos se encontram intimamente ligados. A dor tem uma função de alertar que algo não vai bem no organismo, sinalizando e demandando um investimento de cuidado imediato. Por se tratar de um dado sensorial, ela não é capaz de informar ao indivíduo que a sente qual é o seu problema e o que há de errado com o seu organismo. A dor pode, no entanto, ser transformada em um outro tipo de informação. Por meio de um trabalho da psique, ela pode ser transduzida em uma imagem, cena, história ou qualquer outro tipo de informação que passa a ser um conteúdo imagético.

O símbolo é o elemento fundamental da psicologia analítica. Por trás das manifestações psíquicas residem imagens que guardam um sentido e um significado, algo que conta uma história que diz respeito ao drama de uma vida individual única e, ao mesmo tempo, a história da humanidade. Trabalhar com a dor é tentar se aproximar do seu sentido pessoal, a fim de alcançar algo que é universal – a dor é uma experiência que atravessa a vida de todos os seres humanos.

Este trabalho tem como foco as dores de cabeça crônicas, que, por serem constantes, se tornaram parte da vida dos participantes desta pesquisa. Como se buscasse traçar uma biografia da cefaleia, ganham notoriedade neste estudo as imagens produzidas pelos participantes a respeito da sua dor – o que elas informam a respeito da vida dos participantes, o que revelam sobre a cefaleia, qual a relação emocional que eles atribuem a dor.

Numa revisão bibliográfica inicial o pesquisador investigou sobre a temática da cefaleia e trauma, procurando compreender se as pessoas com esse sintoma sofreram violência, já que os relatos dos casos citados pareciam tão cheios de humilhação e raiva. O foco, até então, era a agressividade proveniente do ambiente (fora dos indivíduos). Posteriormente, buscou-se compreender a agressividade de um ponto de vista interno, levando a pesquisar trabalhos que enfocassem a questão do ponto de vista dos indivíduos com cefaleia. Uma grande variedade de estudos se apresentou nesse campo, e dentre eles, a psicanálise se destacou estabelecendo a relação entre a agressividade e a rivalidade como o centro de sua explicação para a formação dos sintomas de dor de cabeça.

Diversos estudos quantitativos sobre o padrão da expressão da agressividade em indivíduos com cefaleia também foram encontrados, os quais pareciam apontar para uma repressão da agressividade, conhecida na literatura como *anger-in*. Esse termo se refere a uma forma contida de lidar com a raiva, na qual o indivíduo preza pelo controle e repressão da emoção (classificação estabelecida pelo Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço – STAXI).

No âmbito da psicologia analítica, nenhum trabalho a respeito da temática foi encontrado, excetuando-se os estudos que falavam da agressividade e seu papel no surgimento das doenças psicossomáticas e o livro de Ramos (2006). Esse levantamento inicial levou ao interesse em pesquisar a relação entre a cefaleia e agressividade e embasou a hipótese de que a cefaleia estaria atrelada a uma falta de manejo da raiva. Posteriormente, o aprofundamento nas pesquisas sobre o tema mostrou que a cefaleia é uma doença multifatorial complexa, de modo que a hipótese inicial pareceu limitada e reducionista para abordar o tema, pois estabelecia uma relação de causalidade a um único fator.

A fim de evitar cair em um determinismo ultrapassado, optou-se por adotar uma perspectiva simbólica que permitiria uma aproximação à experiência da dor vivenciada pelos participantes a partir do conteúdo psíquico que ela expressa. O caso do paciente

que motivou inicialmente o interesse de pesquisa pelo tema foi retomado e abriu-se o olhar para outras manifestações emocionais.

Muitos trabalhos a respeito da cefaleia no campo da psicologia enfocam elementos emocionais como a agressividade, ansiedade, depressão e estresse. Outros, versam sobre fatores de resiliência, como estratégias de enfrentamento e apoio social para lidar com a dor. Esses trabalhos são muito importantes para a compreensão e o enfrentamento das situações de dor. No entanto, existe uma lacuna no que diz respeito aos estudos que procurem compreender a cefaleia a partir de uma premissa de sentido, buscando compreender o significado da dor e um sentido que seja passível de interpretação. Assim, a presente pesquisa é relevante na produção de conhecimento na área da psicologia, possibilitando complementar o conhecimento acerca da temática a partir do referencial teórico da psicologia analítica e da psicossomática, que lançam um olhar compreensivo e atento aos processos e dinâmicas que subjazem a dor.

O trabalho proposto teve como principal objetivo compreender a cefaleia a partir de uma perspectiva simbólica desenvolvida no referencial teórico da psicossomática de base junguiana. A proposição epistemológica da psicologia analítica que postula que as manifestações simbólicas emergem em um organismo que é uma totalidade biopsicossocial orientou o olhar para os estudos levantados a respeito da temática investigada em diversas áreas do conhecimento, como neurologia, psicologia, psicossomática e suas intersecções. As manifestações simbólicas que estão por trás da dor constituíram parte importante deste trabalho, possibilitando a investigação de como os participantes com cefaleia se relacionam com a sua dor, como imaginam, dão sentido, dialogam e compreendem essa vivência.

Para embasar este trabalho, os capítulos foram organizados da seguinte maneira: o capítulo 2 descreve as classificações diagnósticas da cefaleia e suas características; o capítulo 3 aborda algumas noções da psicologia analítica e da psicossomática junguiana consideradas relevantes para a compreensão do fenômeno; o capítulo 4 apresenta a revisão de pesquisas acerca da cefaleia e manifestações emocionais; no capítulo 5 constam os objetivos e método da pesquisa; os capítulos 6 e 7 apresentam, respectivamente, os resultados e sua discussão e, finalmente, o capítulo 8 indica as considerações finais do estudo.

## 2 CEFALIAS E SUAS CLASSIFICAÇÕES

Dores de cabeça são conhecidas pela maioria das pessoas. Com causas diversas e intensidades que variam entre leves, moderadas ou muito graves, a maioria delas, no geral, passam rapidamente e despertam pouca preocupação. Existem, no entanto, alguns tipos de dores de cabeça que são mais graves, intensas e persistentes, configurando um desafio para aqueles que as sentem e exigindo um acompanhamento médico especializado.

As dores de cabeça abarcam diferentes etiologias, de tal maneira que seria inadequado incluí-las em uma mesma classificação diagnóstica – por exemplo, uma dor temporária na cabeça sem causa específica não poderia se equiparar a uma dor causada por um tumor. Para padronizar essa classificação, a *International Headache Society* (Sociedade Internacional de Cefaleias) publicou o *International Classification of Headache Disorders* (ICHD), um manual de catalogação dos diferentes tipos de dores de cabeça com critérios diagnósticos bem definidos. Esse manual se encontra em sua terceira edição e é conhecido como ICHD-3.

De acordo com o ICHD-3, versão em português (SINAPSE, 2018), existem dois tipos de cefaleia<sup>1</sup>, as chamadas primárias e as secundárias. As cefaleias primárias são quadros de dor de cabeça que não podem explicados por uma doença, já as secundárias, são aquelas que têm causas especificadas e sua origem pode ser atribuída a algum elemento patológico secundário, como tumores, problemas hormonais, meningite, entre outros. As cefaleias primárias são o foco principal deste trabalho e são divididas pelo ICHD-3 em quatro categorias: enxaqueca, cefaleia tensional, cefaleia em salvas e outras cefaleias primárias (SINAPSE, 2018).

A enxaqueca é o tipo mais comum de cefaleia e afeta cerca de 1,89 bilhões de pessoas ao redor do mundo (STOVNER *et al.*, 2018). Geralmente, se manifesta como uma dor pulsátil que ocorre somente em um dos lados da cabeça e sua intensidade varia de moderada a grave. O episódio de dor pode durar de 4 a 72 horas e podem ocorrer náusea e vômito (SINAPSE, 2018).

---

<sup>1</sup> Até este ponto, o termo dor de cabeça foi utilizado por se tratar da forma mais popular de se referir ao objeto de estudo abordado neste trabalho. De agora em diante, a palavra cefaleia será empregada, pois se trata de um termo guarda-chuva que reúne diferentes tipos de dores de cabeça e enxaquecas.

A enxaqueca pode transcorrer com ou sem a presença da chamada aura – uma série de sintomas e perturbações que ocorrem antes ou depois do episódio da enxaqueca. Esses sintomas podem ser alterações visuais que se apresentam como pequenos pontos escuros chamados de estocomas, alguns elementos brilhantes em zigue-zague, círculos coloridos, entre outros. O sintoma visual é o tipo mais recorrente entre os sintomas da aura. O segundo tipo mais comum são as alterações sensoriais, experimentadas como formigamentos, perda temporária da sensibilidade, entre outros. Outra manifestação sintomática é a chamada aura de linguagem, em que o indivíduo apresenta alterações na fala, esquecimentos e discurso incoerente. Por fim, a aura motora é o tipo mais raro e pode se manifestar como paralisias e perda de coordenação motora. A duração da aura é de 20 a 60 minutos e seus sintomas são facilmente confundidos com alterações neurológicas graves (CUTRER; HUERTER, 2007; SINAPSE, 2018).

Outra classe de cefaleias são as cefaleias tensionais, que são sentidas como um peso ou aperto na cabeça e popularmente são conhecidas como as dores de cabeça causadas por estresse. A cefaleia tensional afeta cerca de 1,04 bilhões de pessoas no mundo e é o segundo tipo de cefaleia mais comum (STOVNER *et al.*, 2018). A dor sentida no episódio de cefaleia tensional é de intensidade leve a moderada e ocorre em ambos os lados da cabeça, como se formasse um capacete que provoca a sensação de uma pressão que incide na cabeça. Geralmente, nesse tipo de cefaleia não ocorrem náuseas e nem vômitos (SINAPSE, 2018).

Por fim, a cefaleia em salvas é um dos tipos menos conhecidos, e cursa como uma dor unilateral intensa com duração de 15 minutos a 3 horas, que pode ocorrer uma vez a cada dois dias ou até oito vezes ao dia. Além disso, essa cefaleia tem alguns sintomas característicos como edema da pálpebra, ptose, congestão nasal, vermelhidão ocular (geralmente em um olho), rubor facial e sudorese (SINAPSE, 2018). A cefaleia em salvas afeta uma pessoa a cada quinhentas e é mais comum em homens (RUSSELL, 2004). Existe a hipótese de que um componente genético esteja associado a manifestação desse quadro, contudo os estudos a esse respeito são inconclusivos (MAY, 2005).

Os outros tipos de cefaleias primárias listadas no ICHD-3 dizem respeito a quadros que têm suas causas relacionadas a algum agente externo, como estímulos frios, atividade sexual, tosse, entre outros (SINAPSE, 2018). Por esse motivo, essas cefaleias não serão abordadas neste trabalho.

Outros fatores importantes na classificação das cefaleias são a duração do episódio de dor e sua frequência. De acordo com esses aspectos, existem três tipos de classificação: episódica pouco frequente, episódica frequente e crônica. Segundo o ICHD-3, as cefaleias episódicas pouco frequentes são aquelas que ocorrem em média um dia por mês, doze ataques por ano, e podem durar de 30 minutos a 7 dias. As cefaleias episódicas frequentes ocorrem até quatorze dias por mês, por mais de três meses, e seus episódios duram de 30 minutos a 7 dias. Elas representam menor prejuízo do que as cefaleias crônicas, que são aquelas em que o episódio ocorre 15 ou mais dias por mês, por mais de 3 meses (SINAPSE, 2018).

A cronicidade da cefaleia é um fator importante em relação ao impacto da doença na vida dos pacientes. Bigal *et al.* (2003) demonstraram que existe uma diferença grande entre aqueles que apresentam um quadro de cefaleia episódica e os que apresentam uma cefaleia crônica, independentemente do tipo da dor. Esse estudo foi realizado com 182 pacientes com cefaleia crônica e 59 com cefaleia episódica e mostrou que, em média, os pacientes crônicos tinham menos eficiência no trabalho e na escola, tinham maior nível de absenteísmo nestas atividades e apresentavam mais ausências no cumprimento das tarefas de casa e em atividades de lazer no geral.

Outro estudo demonstrou que pacientes com quadros crônicos tinham duas vezes mais chance de desenvolverem depressão e ansiedade do que aqueles com cefaleia episódica. Além disso, eles relatavam menor renda e apresentavam menos chances de serem empregados (BUSE *et al.*, 2010). O estudo sistemático de Natoli *et al.* (2009) destacou que a prevalência de cefaleias crônicas é de duas a seis vezes maior em mulheres, e, cerca de 51% dessa população faz uso abusivo de analgésicos, o que pode agravar o quadro.

De uma maneira geral, independente da categoria a qual pertencem, os ataques de cefaleia são compostos por três fases, a saber: pródromo ou fase premonitória, ataque de dor e recuperação ou pós-dromo (BAHRA, 2011). O pródromo é a fase antes do surgimento da cefaleia, na qual geralmente ocorrem alguns sintomas e distúrbios que parecem sinalizar a ocorrência do ataque. Alguns estudos buscaram identificar esses sintomas, dentre eles Giffin *et al.* (2003) observaram em 120 pacientes que os sintomas mais comuns foram se sentir cansado (72%), problemas com concentração (52%), pescoço rígido (48%) e irritabilidade (38%). Esses pesquisadores destacaram que os sintomas do pródromo têm natureza tanto física como cognitiva.

Em outro estudo, realizado com 100 pacientes com cefaleia, 84% dos participantes reportaram sintomas antes do ataque e as queixas mais comuns foram ansiedade, irritabilidade, fonofobia e bocejos (QUINTELA *et al.*, 2006). Schoonman *et al.* (2006) corroboraram esses achados e destacaram como os sintomas mais comuns nos 374 participantes do seu estudo a fadiga, fonofobia e bocejos. Cabe destacar que esses sintomas podem ter forte impacto sobre o humor e o desempenho nas atividades diárias.

A fase do ataque de dor é aquela em que diferentes tipos de dores de cabeça podem se manifestar, com duração que pode variar de poucas horas até dias ou meses. O pós-dromo é quando começa a acontecer a remissão da dor, e, geralmente, nesse período, ocorre a presença de alguns sintomas que podem durar de seis horas até mais de vinte e quatro horas, chegando, por vezes, a afetar as atividades diárias e rotina do paciente (BOSE; GOADSBY, 2016). Os sintomas mais comuns relatados no pós-dromo são problemas em se concentrar, enrijecimento do pescoço e dor residual (GIFFIN *et al.*, 2016). Além disso, alterações de humor como humor deprimido e ansiedade foram relatadas (BLAU, 1991; QUINTELA *et al.*, 2006). Uma das formas mais comuns de encerrar a fase da dor e o pós-dromo é o sono. Em um estudo com 50 pacientes, cerca de 28 relataram uma melhora significativa dos sintomas de dor após uma noite de sono, e 14 foram capazes de encerrar ataques após um cochilo rápido (BLAU, 1991).

Este capítulo apresentou um panorama geral das classificações dos diferentes tipos de cefaleia, sua cronicidade, frequência, fases e impactos na vida daqueles que convivem com esse problema. O capítulo seguinte abordará algumas noções da psicossomática junguiana que são importantes para a compreensão do fenômeno estudado.

### 3 PSICOLOGIA ANALÍTICA E PSICOSSOMÁTICA JUNGUIANA

A psicologia analítica oferece uma compreensão de que corpo e psique fazem parte de uma totalidade que integra consciente e inconsciente, mundo externo e interno. Essa elaboração implica a ideia de que a psique e o corpo se expressam um no outro, de tal maneira que um sintoma sentido no corpo pode ser entendido como a expressão de um aspecto psíquico, assim como os estados psicológicos podem decorrer de vivências corporais.

Um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendo prejuízo ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal consegue afetar a alma; pois a alma e o corpo não estão separados, mas são animados por uma mesma vida. Assim sendo, é rara a doença do corpo, ainda que não seja de origem psíquica, que não tenha implicações na alma. (JUNG, 1916/1980, p.102)

Essa ideia é um dos pilares teóricos principais da chamada psicossomática de matriz junguiana que foi desenvolvida por Ramos (2006). A autora partiu das ideias de Jung e de outros autores da psicologia analítica, somadas às suas observações clínicas e científicas, para formular essa perspectiva, que constitui o arcabouço teórico por meio do qual este trabalho buscou elaborar uma concepção simbólica das cefaleias.

O projeto da psicossomática junguiana se inicia com o estabelecimento de uma nova lógica do adoecimento e da saúde, expandindo os conceitos da medicina tradicional (ocidental) sobre essas questões. Segundo a perspectiva médica tradicional, ancorada num paradigma positivista, a doença é considerada um desequilíbrio anormal do corpo, um processo destrutivo que deve ser eliminado o mais rápido possível. Nessa visão, psique e matéria são consideradas polaridades opostas, e, por conseguinte, o adoecimento seria um processo puramente físico, sem repercussões no campo psicológico, que, por sua vez, não estaria relacionado ao processo de adoecimento.

A imagem que alude a esse paradigma é a do corpo como uma máquina biológica e a doença como um defeito nessa máquina; a mente (razão) seria o operador da máquina, que, ocupando uma posição distanciada dela, buscaria soluções técnicas para o seu conserto. O principal objetivo da medicina ancorada

nesse paradigma é o rápido diagnóstico das doenças e seus tratamentos, que se resumem a administração de medicamentos e intervenções físicas.

Esse modelo pode ser descrito como reducionista, determinista e universalista (RAMOS, 2006). Reducionista, porque reduz a doença a fatores químicos e biológicos, sem levar em conta o organismo como um todo. Determinista, porque conclui que a doença é determinada por uma única cadeia de fenômenos, que geralmente cursam no campo bioquímico. E, finalmente, universalista, porque acredita que o adoecimento é um processo universal que se repete de maneira semelhante em todos os indivíduos. Ainda que se reconheça a importância dessas concepções para o avanço da área médica, considera-se que elas negligenciam muitas questões importantes.

Ramos (2006) propõe um modelo mais amplo, que considera a doença como símbolo e fundamenta o campo da psicossomática junguiana. As características desse modelo são complementares e não opostas ao modelo biomédico corrente. Numa perspectiva simbólica, a doença é considerada como elemento fundado no corpo e na psique, dotado de um significado profundo que alude ao funcionamento do corpo do indivíduo, bem como, ao funcionamento da psique.

O organismo é uma totalidade e a doença é um processo que afeta o organismo como um todo, não somente uma parte dele. Dessa forma, compreende-se que todos os fenômenos psíquicos como pensamentos, sentimentos e fantasias têm um papel fundamental nos processos de adoecimento e na melhora dos pacientes.

A psicossomática junguiana revisa algumas noções da psicologia junguiana e as expande a fim de incluir o ponto de vista somático. A seguir, serão abordadas algumas dessas noções.

### **3.1 Complexo e ego**

Os complexos são definidos como núcleos de ideias inconscientes carregadas afetivamente. Esses conteúdos são formados a partir das experiências de vida do indivíduo, do choque entre o chamado ego com a realidade externa – é como se o ego, de forma natural ou em decorrência de algum tipo de conflito interno, operasse uma expulsão de alguns conteúdos do campo da consciência, os quais, geralmente, contrariam os seus princípios (JUNG, 1954 /2013a).

Jung (1977/2015) compreendeu que os complexos são fragmentos autônomos que já foram parte da personalidade, mas permanecem fora do campo da consciência, no âmbito do inconsciente pessoal. A sua natureza autônoma permite que, por vezes, eles perturbem e invadam a consciência, deslocando o ego da sua posição central.

O estudo dos complexos se deu inicialmente de forma experimental, por meio do teste de associação de palavras. Esse teste consistia na apresentação de uma lista de palavras a um indivíduo, que era solicitado a responder a cada uma delas com a primeira palavra ou ideia que lhe viesse à mente. As palavras da lista eram previamente escolhidas e funcionavam como eliciadoras de conteúdos inconscientes. O tempo de reação do participante para cada palavra-estímulo era cronometrado, a fim de estabelecer se havia alguma perturbação no seu discurso ou na sua cadeia de ideias, e suas respostas fisiológicas eram observadas, tais como excesso de sudorese e alterações nos batimentos cardíacos (JUNG 1903/2013b).

Esses primeiros estudos de Jung estabeleceram uma relação importante entre psique e corpo, uma vez que as reações fisiológicas somadas às “falhas” nas respostas (tempo prolongado, risada ou outras formas de expressão emocional) apontavam para a existência de conteúdos emocionalmente carregados que exerciam perturbações na consciência e no corpo. Via-se, desde então, o embrião da teoria da psicologia analítica e da psicossomática de linha junguiana.

Para entender o modelo da estrutura e funcionamento psíquico proposto pela psicologia analítica, faz-se importante destacar, ainda, a noção de ego, a qual é central na compreensão da psicossomática de base junguiana.

O ego é um complexo que detém uma capacidade maior para reprimir e direcionar conteúdos no campo da consciência, isso quer dizer que ele seria capaz de travar relações com outros complexos: acolhê-los e integrá-los em um polo, ou reprimi-los e afastá-los em outro. O ego tem a capacidade de apresentar coerência e organização, que são as características que o diferenciam de outros complexos.

A despeito dessas características, o ego, por vezes, perde a sua centralidade, e outros conteúdos de origem inconsciente emergem dominando a consciência. Esse processo é conhecido como possessão por um complexo e trata-se de um estado transitório, de modo que o ego tende a voltar ao controle e manter o foco da consciência (JUNG, 1977/2015).

Em síntese, o ego e os complexos têm uma interação dinâmica que, em muitos casos, foge ao conhecimento consciente do sujeito. Geralmente, essa interação

resulta na formação de sintomas psicológicos (como alterações de humor e comportamento) e físicos. A relação ego-complexo não ocorre somente em um nível psíquico, mas se apresenta também no corpo do indivíduo. Dessa forma, a experiência corporal do paciente é essencial na compreensão de fenômenos psicológicos e constitui parte integrante do trabalho do psicólogo e pesquisador de orientação analítica.

Segundo Ramos (2006), o ego e os complexos são primeiramente formados por experiências corporais. O ego emerge do Self<sup>2</sup> e tem origem nas contradições psicológicas vivenciadas internamente pelo indivíduo, bem como nos choques e sensações experimentadas no meio externo – experiências que são somáticas. Assim, o corpo vai delineando um padrão de ação, de movimento e de formas de sentir que lhe são próprias; definindo algo como uma qualidade corporal própria do indivíduo, que pode ser chamada de uma qualidade sinestésica.

O corpo pode ser considerado a base do ego, e as experiências corporais são como os tijolos que contribuem para o desenvolvimento do mundo psíquico. As experiências corporais são as mais primordiais, ocorrendo antes da capacidade do sujeito de exprimir-se por meio de palavras – o ser humano aprende primeiro a simbolizar utilizando o corpo e, só posteriormente, utiliza as palavras. Por essa razão, as experiências corporais não podem ser negligenciadas e o ego deve, também, ser compreendido por sua qualidade somática.

Essa perspectiva é tão evidente como aquilo que se chama personalidade: assim como o ego é dotado de um estilo de pensar e se comportar, ele também é dotado de qualidades corporais – sinestésicas. De maneira semelhante, os complexos também são dotados de qualidades sinestésicas específicas, que não estão no rol de expressão do ego por serem reprimidas ou desconhecidas, e se apresentam como formas de experiências corporais.

Podemos observar que todo complexo, inclusive egóico, tem um padrão específico de imagem e sensações sinestésicas. A auto-imagem corporal faz parte do complexo do ego, assim como todas as sensações sinestésicas presentes na consciência, formando no indivíduo normal uma estrutura coerente e relativamente estável (RAMOS, 2006, p. 55).

---

<sup>2</sup> A noção de Self na psicologia junguiana diverge das concepções psicanalíticas como a escola kleiniana e outras escolas de pensamento. O Self, para Jung, é um núcleo regulador da psique que se manifesta como uma imagem de totalidade, abrangendo aspectos conscientes e inconscientes; e se diferencia do ego que é considerado o centro da consciência.

Os complexos, por serem dotados de qualidades sinestésicas contrárias ao ego, podem se apresentar como reações, sensações, experiências e toda uma gama de sintomas que contrariam o ego e evidenciam a existência de um conflito subjacente. Dentre as diversas possibilidades de manifestação de um complexo, a dor pode ser considerada uma forma de expressão de um conflito psicológico. Cabe, ainda, destacar que, a nível neurológico, a regulação da dor tem uma estreita conexão com áreas límbicas do sistema nervoso, assim, a experiência emocional tem um papel importante no surgimento de diversas dores crônicas (JENSEN; TURK, 2014).

Considera-se, neste trabalho, que as noções de ego e complexo, conforme proposto na psicossomática de matriz junguiana, podem contribuir na compreensão das cefaleias. Aventa-se a hipótese de que a cefaleia poderia ser compreendida como parte da expressão de um complexo, que como tal poderia ser integrada ao ego. Cabe destacar que com isso não se afirma que a cefaleia é um complexo ou que teria uma causa exclusivamente psíquica, mas sim, que a vida psíquica do indivíduo integra parte importante do desenvolvimento dessa patologia.

### **3.2 O símbolo e o processo de simbolização**

Jung (1960/2009) postulou a ideia de que a união de conteúdos conscientes e inconscientes formaria uma ponte para o desenvolvimento do ego, o qual no confronto com os conteúdos desconhecidos, levaria o indivíduo a um maior desenvolvimento psíquico. O autor nomeou essa união de função transcendente. Essa função não seria simplesmente a atuação dos conteúdos do inconsciente e nem o enrijecimento do ego, mas um terceiro fator, resultante da síntese entre essas polaridades.

Para Jung (1977/2015), o símbolo seria o elemento capaz de promover a função transcendente e, na sua perspectiva, todos os conteúdos produzidos pelo psiquismo humano, tais como sonhos, sintomas, comportamentos, visões, fantasias, entre outros, podem ser considerados formações simbólicas que resultam da união de processos conscientes e inconscientes.

Há duas maneiras por meio das quais é possível compreender os símbolos: uma perspectiva causal, e outra, teleológica (JUNG, 1916/1980). A primeira delas, tem como foco a gênese, formação ou causa de um símbolo ou sintoma. O método causal diz como uma coisa chegou a ser o que é. Se essa perspectiva fosse aplicada ao tema de estudo proposto neste trabalho, por exemplo, seu objetivo seria procurar entender

em uma pessoa com cefaleia, quais foram os fatores que desencadearam esse quadro: estresse, situação familiar, alimentação, entre outros. Por mais que esse método seja muito útil, ele pode fragmentar demasiadamente aquilo que está sendo analisado, reduzindo o objeto de estudo a uma operação de causa e efeito.

A perspectiva teleológica, por sua vez, está ligada a uma visão finalista que permite pensar que os símbolos teriam, não só uma origem, mas também uma direção que lhes daria um sentido mais amplo. Mais uma vez, utilizando o objeto de estudo deste trabalho como exemplo, por meio da perspectiva teleológica se procuraria entender qual o sentido da cefaleia para o sujeito que a sente, ou seja, o para quê desse sintoma. Essa proposição abre espaço para que a dor seja compreendida como uma tentativa de sinalização do corpo para um desequilíbrio tanto orgânico quanto psíquico, que pode levar o indivíduo a trabalhar em uma determinada direção a fim de encontrar uma “solução”, ainda que esta seja incerta, tortuosa e nunca garantida.

De acordo com a psicossomática de base analítica, o símbolo não é um elemento puramente mental ou verbal, mas revela em si qualidades somáticas e psíquicas. Assim, entende-se que a dor sentida por um sujeito é, de um lado, um sinal fisiológico, e de outro, um potencial simbólico que expressa conflitos de ordem psíquica, e, por conseguinte, deve ser abordada em sua totalidade compreendendo tanto a sua causalidade quanto a sua finalidade.

Algumas vezes, os conflitos de ordem psicológica são pouco conhecidos ou inconscientes àquele que os vivencia. Outras vezes, o corpo é vivenciado de maneira desconectada da experiência psicológica. Na lógica que coordena, de maneira geral, a sociedade atual, a qual privilegia a produtividade e racionalização, é comum encontrar a coisificação do corpo e o pensamento de que ele funcionaria como uma máquina; se algo no indivíduo é desregulado, impactando a sua produtividade, essa lógica dita: “algo não vai bem, precisa de reparos, não estou tendo uma boa performance”. Essa maneira de ver o problema é avessa ao símbolo, já que o corpo não é uma coisa, e sim parte de um sistema, e o sintoma não é um sinal, mas a expressão natural de uma totalidade.

Em contraposição à perspectiva da psicossomática junguiana, algumas abordagens teóricas e clínicas consideram a presença de sintomas no corpo do paciente como a ausência da capacidade de simbolização. A esse respeito Ramos (2006, p. 57-58) argumenta que: “Não podemos aqui reduzir símbolo ao verbal [...] o

fato de um paciente somatizar, como vimos, não significa que ele não simbolize, mas que essa simbolização acontece no plano somático”.

O sintoma é uma realidade simbólica – uma experiência que informa a respeito do organismo como um todo, considerando seus aspectos biopsicossociais; trata-se de uma vivência que põe em movimento não somente a mente ou o corpo, mas também aquilo que é conhecido e o que é desconhecido, consciente e inconsciente, ideia e experiência corporal, mundo externo e interno. Propõe, portanto, uma transformação entre os diversos sistemas que formam o organismo. Essa ideia conduz à uma noção central na psicossomática de base analítica: o processo de transdução, o qual se refere que é a transformação de conteúdos psíquicos em experiência corporal, e, posteriormente, a sua tradução, por meio do processo analítico, em elementos imagéticos ou palavras (RAMOS, 2006).

### **3.3 O conceito de transdução**

Jung (1928/2013c) propôs uma concepção de energia psíquica que tinha em seu cerne um pressuposto quantitativo, isso significa que a energia psíquica seria quantificável em grandezas maiores ou menores – em seus textos são usados os termos valência, carga, entre outros, para se referir à energia psíquica. De acordo com o autor, o símbolo poderia ser compreendido como uma máquina transformadora dessa energia, que teria funcionamento semelhante ao de um gerador que converte a força de uma queda-d'água em energia elétrica.

Ainda que se reconheça o valor didático dessa proposição, parece um tipo de relação difícil de se fazer: Como seria possível conceber uma energia psíquica quantificável, uma vez que esta ultrapassa o campo físico e material? Como o campo psicológico poderia ser referido por meio de expressões como “mais carregado” ou “menos carregado” se não existe uma grandeza capaz de quantificar essa energia?

Para minimizar essas questões, no campo da psicossomática junguiana, Ramos (2006) propôs transportar a concepção formulada por Jung para uma linguagem menos mecânica e mais próxima da teoria da informação. Para a autora, corpo, mente e mundo são sistemas de informação que realizam trocas constantes, mas funcionam com características e linguagens distintas, tratando-se de uma rede de sistemas informativos. Apesar das diferentes linguagens, todas elas podem ser

consideradas simbólicas e operam transformações entre si, transformando elementos semânticos em elementos somáticos e vice-versa.

A dor é um elemento somático, uma informação que se expressa como um código sensorial no corpo e, à primeira vista, não parece ter nenhum significado em si, de modo que, por vezes, não é possível entender a sua função. A ação da psique sobre esse dado sensorial pode transformá-lo em um outro tipo de informação, ocorrendo o processo de transdução, isto é, a informação somática se transduz como uma informação psíquica que pode ser uma imagem, sonho, pensamento, ou qualquer outro conteúdo psíquico.

Esse conceito pode ser mais bem compreendido quando ilustrado por meio de um caso clínico. Para tanto, retoma-se aqui o caso citado na introdução deste trabalho. Um paciente estava às voltas com uma cefaleia diária que já sentia há algum tempo. Ele era um jovem-adulto, muito inteligente, carismático e com uma ótima oratória; tinha uma grande resistência em relação à sexualidade e, de forma mais abrangente, a tudo aquilo que envolvia a função descrita por Jung como sensação.

Em seus sonhos, ele aparecia ora como um padre (imagem que remete ao aspecto ordenado, racional e moral do seu ego), ora como uma cigana (imagem relacionada aos aspectos expressivo e afetivo de sua personalidade). Havia, ainda, uma terceira figura: um homem aprisionado, envolto em correntes de ferro, cujas mãos estavam totalmente amarradas e só podia ser alimentado por meio de sua boca.

Em um exercício de imaginação ativa, o paciente foi solicitado a entrar em contato com a sua dor e, em seguida, a descrever qual imagem lhe vinha à cabeça. Ele, então, um pouco surpreso e abalado, respondeu que via a sua mãe muito maior que ele; ela o colocava em um banco e o punia dizendo coisas ruins sobre a sua conduta como pessoa. Ele estava literalmente aprisionado nessa posição. Posteriormente, o paciente passou por um grande estresse no trabalho, pois a empresa onde atuava estava sendo alvo de ações judiciais. Certo dia, acordou e sentiu que o seu braço estava travado e não conseguia movimentar a sua mão. Durante uma sessão de psicoterapia, o paciente expressou que se sentia muito mal por não poder fazer nada para mudar a credibilidade da empresa. Falou, ainda, que quando os clientes atacavam a empresa, ele sentia que era ele quem estava sendo atacado.

Nesse caso, o corpo do paciente é uma via de expressão simbólica daquilo que ele vivencia psicologicamente. Os sintomas do seu corpo sinalizam um conflito, que

poderia ser expresso por meio de diferentes códigos, ou seja, poderia ser transduzido em informação somática e psíquica. Na linguagem somática, os conflitos do paciente são transduzidos para os sintomas de sua cefaleia, que paralisa a sua ação, e sua dor no braço, que o impede de movê-lo. No momento em que o paciente trava relação com essa dor, por meio de em um processo de imaginação, ele faz uma transdução da dor para uma imagem (a mãe que o recrimina). Opera-se aí a transformação de uma informação somática em uma informação psíquica.

Supondo que esse conflito pudesse ser reduzido a uma mensagem expressa em um código semântico, ele poderia ser formulado da seguinte maneira: “Estou estagnado e não posso me mover de forma alguma, pois a minha mãe (e de forma mais ampla o mundo) me julgará e eu preciso ser um bom menino”. Ou, então: “Estou com as minhas mãos atadas, não posso atuar sobre o mundo, minha ação não me pertence”.

É importante observar que uma mesma informação ou conflito carregado de afeto pode se expressar de diversas maneiras em uma mesma pessoa. No caso desse paciente, psicologicamente, o conflito se manifestava por meio de pensamentos que o assaltavam (principalmente, pensamentos sobre suas ações e sentimento de impotência), e sonhos (com as figuras do padre, cigana e homem aprisionado); no campo comportamental, se expressava na repetição de padrões de ação que sempre levavam a uma inibição e controle dos comportamentos, impedindo a expressão de seu lado mais afetivo, e ainda, na escolha por roupas mais formais, mesmo que em seu ambiente de trabalho prevalecesse a informalidade; no campo das relações interpessoais, o conflito se revelava na dificuldade que sentia em encontrar alguém com quem pudesse iniciar um namoro; e, finalmente, no corpo, se expressava nas dores de cabeça e paralização.

Vê-se no caso citado que uma mesma mensagem pode ser expressa em diferentes sistemas, bem como que diferentes sistemas (psique e corpo) trocam informações entre si por meio de um processo de compensação entre inconsciente e consciente. Esse processo funciona como um sistema homeostático e sua finalidade última é a regulação da totalidade que é o organismo (RAMOS, 2006).

Destarte, a psicossomática junguiana fornece um caminho para a compreensão da cefaleia segundo um modelo integrativo que leva em consideração os aspectos bioquímicos, bem como os processos de simbolização da doença por meio da transdução. Partindo dessa premissa, considera-se que a cefaleia se apresenta como uma informação passível de ser transduzida em conteúdos psíquicos, os quais podem

revelar aspectos importantes a respeito de como a doença é vivenciada pelos pacientes e quais imagens podem simbolizar a experiência da dor. O reconhecimento desses conteúdos e da forma que se apresentam para cada indivíduo oferece uma possibilidade de pensar sobre uma abordagem integral para atender as pessoas que sofrem com os sintomas da cefaleia.

#### 4 PESQUISAS EM CEFALEIA E MANIFESTAÇÕES EMOCIONAIS

Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos que abordavam a relação entre a cefaleia e os seguintes temas: ansiedade, depressão, estresse, raiva, agressividade e bipolaridade. Além disso, foram pesquisados trabalhos que consideravam alguns fatores de impacto da cefaleia no sono e no âmbito laboral, duas áreas importantes da vida.

A pesquisa se deu nas seguintes plataformas de busca: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Wiley Online Library*.

Os descritores foram pesquisados em português e inglês, a fim de aumentar o alcance de busca, e foram combinados de diferentes maneiras entre si, conforme descrito a seguir: ansiedade e cefaleia (*anxiety and migraine*), depressão e cefaleia (*depression and migraine*), ansiedade e dor de cabeça (*anxiety and headache*), depressão e dor de cabeça (*depression and headache*), trauma e cefaleia (*trauma and migraine*), trauma e dor de cabeça (*trauma and headache*), raiva e cefaleia (*anger and migraine*), raiva e dor de cabeça (*anger and headache*), violência e cefaleia (*violence and migraine*), violência e dor de cabeça (*violence and headache*), abuso e cefaleia (*abuse and migraine*), abuso e dor de cabeça (*abuse and headache*), cefaleia e estresse (*migraine and stress*), dor de cabeça e estresse (*headache and stress*), bipolaridade e cefaleia (*bipolarity and migraine*), bipolaridade e dor de cabeça (*bipolarity and headache*), psicologia analítica e cefaleia (*Analytical Psychology and migraine*), psicologia analítica e dor de cabeça (*Analytical Psychology and headache*), psicanálise e cefaleia (*Psychoanalysis and migraine*), psicanálise e dor de cabeça (*Psychoanalysis and headache*), trabalho e cefaleia (*work or job and migraine*), trabalho e dor de cabeça (*work or job and headache*), sono e cefaleia (*sleep and migraine*) e sono e dor de cabeça (*sleep and migraine*).

Dos artigos levantados, foram priorizados para integrar esta revisão aqueles publicados em periódicos científicos de reconhecida qualidade e confiabilidade segundo a avaliação Qualis-Periódicos da Plataforma Sucupira. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e arranjados em categorias e subcategorias que agrupavam temas semelhantes. Essas categorias estão descritas a seguir e têm o propósito de organizar a explanação dos resultados encontrados.

## 4.1 Quadros emocionais

A relação entre a cefaleia e diferentes quadros emocionais é amplamente conhecida e tem sido descrita na literatura. Diferentes fatores são considerados desencadeadores ou agravantes de quadros de cefaleia e impactam negativamente a qualidade de vida das pessoas que sofrem com os seus sintomas.

### 4.1.1 Depressão e ansiedade

A depressão e a ansiedade são consideradas as comorbidades mais comuns nos quadros de cefaleia, respectivamente. A relação entre esses fatores é complexa e gera muitos debates entre os especialistas da área, principalmente no que diz respeito a natureza da relação entre eles – por exemplo, se a depressão e a ansiedade são fatores que causam a cefaleia ou se elas emergem simultaneamente; se partilham vias neurológicas semelhantes, entre outras questões (BERGMAN-BOCK, 2017).

Alguns estudos mostraram a prevalência da depressão e ansiedade em pacientes com quadros de cefaleia. Song *et al.* (2016) buscaram estabelecer a frequência de depressão em uma população de 2.695 adultos, dentre os quais 47,2% relataram apresentar algum tipo de ataque de dor de cabeça e 5,4% tinham algum tipo de cefaleia crônica. Os resultados demonstraram que 4,3% de todos os participantes apresentavam depressão, dos quais 16,8% eram pacientes com cefaleia crônica – porcentagem significativamente maior do que a de pacientes sem cefaleias. Já nos participantes que apresentavam ataques de enxaqueca, a presença de depressão foi de 8,7%. O estudo concluiu que pacientes com ataques de enxaqueca e a população geral têm uma frequência de depressão significativamente menor do que os pacientes com cefaleia crônica. Ademais, os pacientes com cefaleia relataram maior impacto e intensidade da dor quando o seu quadro era acompanhado de depressão e ansiedade.

A prevalência de depressão em pacientes com cefaleia varia bastante nos resultados de diferentes estudos. Louter *et al.* (2014), por exemplo, encontraram um dos índices mais elevados para depressão na população com cefaleia, que chegou a 45% dos pacientes avaliados em seu estudo. Em contraste, Santangelo *et al.* (2016) encontraram uma prevalência de 4,5% de pacientes com cefaleia que tinham depressão como comorbidade. Ainda que exista toda essa variação de resultados, um

levantamento de pesquisas realizado por Martin *et al.* (2015) mostrou que os pacientes com cefaleia têm um risco maior do que a população geral de desenvolver depressão, que varia de 2,2 vezes até 4 vezes. Esse resultado foi corroborado pelo estudo de Amiri, Behnezhad e Azad (2019), que por meio de uma meta-análise de doze artigos, demonstrou que o risco para desenvolver depressão era duas vezes maior em pacientes com cefaleia quando comparados à população geral.

Com relação à ansiedade, a pesquisa empreendida por Devlen (1994) apresentou um resultado muito elevado para a ansiedade entre pacientes com cefaleia – 50% dos participantes apresentavam sintomas de ansiedade. Geralmente, os estudos que abordam a ansiedade na população com cefaleia também levam em consideração outros transtornos de humor. Um desses estudos foi realizado no Brasil (GOULART *et al.*, 2014) e contou com 12.792 participantes, dos quais 1.261 relatavam cefaleias. Esse estudo teve por objetivo realizar um levantamento dos transtornos de humor e de ansiedade nessa população. Dentre os participantes com cefaleia, os autores encontraram uma frequência de 10,8% de mulheres e 6,3% de homens que apresentavam sintomas de depressão. Já para a ansiedade, os resultados foram de 27,4% de mulheres e 18,9% de homens nessa população. Essa pesquisa demonstrou uma correlação positiva entre as variáveis cefaleia, depressão e ansiedade nos indivíduos com cefaleias. Cabe destacar que nos participantes desse estudo a ansiedade foi mais prevalente do que a depressão.

Depressão e ansiedade podem ser grandes categorias diagnósticas nas quais se enquadram diversos sintomas e comportamentos. Entender quais aspectos relacionados a esses quadros podem ser sentidos mais intensamente e quais deles têm um papel mais importante na perturbação dos pacientes com cefaleia é essencial. Esse foi o enfoque de um estudo nacional, que contou com 782 pacientes provenientes da população geral – amostra considerada significativa em relação a população brasileira (PERES *et al.*, 2017). Dentre os participantes, 213 foram diagnosticados com algum tipo de cefaleia.

Os resultados desse estudo corroboraram Goulart *et al.* (2014), demonstrando uma correlação significativa entre cefaleia, depressão e ansiedade. O estudo mostrou, ainda, uma maior frequência e intensidade de sintomas relacionados à ansiedade do que aqueles relacionados a depressão. Os principais sintomas de ansiedade foram: não conseguir controlar ou parar de se preocupar (42,2%), ter problemas para relaxar (25,9%), se sentir ansioso (25,4%) e se preocupar muito em relação a coisas

diferentes da vida cotidiana (24,4%). Com relação aos sintomas relacionados à depressão, os resultados se ligaram ao que os autores chamaram de uma ativação fisiológica, englobando sintomas como alterações de apetite (23,2%), fadiga (20,1%) e perda na qualidade do sono (16,7%). Ainda que esses sejam sintomas ligados a depressão, eles não são geralmente os sintomas mais esperados, que neste caso seriam se sentir deprimido ou sem esperança (3,9%), se sentir mal sobre si mesmo (7,6%) e ter pensamentos sobre morte ou morrer (2,69%). Esses sintomas estão presentes em uma parte pequena da população avaliada, não chegando a 10% dos participantes.

A pesquisa de Peres *et al.* (2017) chama a atenção para a importante tarefa de reavaliar a relação entre depressão e cefaleia. Se resultados semelhantes fossem mais largamente encontrados na população de pacientes com cefaleia, isso significaria que, possivelmente, a depressão em si, como um quadro de alteração emocional, não seria relevante nessa população, mas sim os aspectos secundários desse quadro (fadiga, perda de apetite e alterações no sono).

Outro estudo, realizado na Espanha com 43 indivíduos com cefaleia demonstrou que os participantes pontuaram mais para ansiedade nas escalas aplicadas e relataram que os sintomas de ansiedade eram os que tinham mais impacto em suas vidas (TOMÉ-PIRES *et al.*, 2016). Mesmo após o ajuste de variáveis, a relação se manteve entre cefaleia, ansiedade e impacto na qualidade de vida, ao contrário da relação com a depressão, que foi muito fraca. Os autores indicaram que a ansiedade pode ter uma conexão mais direta com a cefaleia. Contudo, cabe considerar que esse estudo contou com uma população limitada, o que impede a generalização dos seus resultados. Ademais, existem outros estudos que apresentaram uma relação significativa entre depressão e cefaleia (*e.g.* Song *et al.*, 2016).

Os estudos acima demonstram que indivíduos com cefaleia têm um maior risco de desenvolverem sintomas ou quadros de depressão e ansiedade. A ansiedade parece ter uma prevalência maior do que a depressão, ainda que essa última esteja muito presente entre os pacientes com cefaleia. A prevalência desses sintomas em pessoas com cefaleia chama a atenção, cabendo considerar como podem afetar a vida desses pacientes e seu quadro de cefaleia.

Baldacci *et al.* (2015) aplicaram uma pesquisa para entender como os sintomas de depressão e ansiedade poderiam afetar a cefaleia. Essa pesquisa contou com 200

participantes com cefaleia, dentre os quais 51,5% apresentavam algum tipo de sintoma de depressão ou ansiedade. Os pesquisadores aplicaram alguns questionários e escalas visando observar se havia alguma diferença entre os pacientes somente com cefaleia e aqueles que apresentavam a cefaleia em conjunto com ansiedade ou depressão. Segundo os autores, existiam diferenças significativas entre esses dois grupos. Os pacientes com os sintomas psiquiátricos relataram mais ataques de cefaleia por mês, maior número de desencadeadores para a cefaleia e mais alodinia (maior sensibilidade a estímulos de dor). Essa pesquisa mostrou que para os participantes com sintomas de depressão ou ansiedade a cefaleia era vivenciada de maneira agravada, contudo não permitiu verificar a direção da relação entre essas variáveis.

Aventa-se a possibilidade de existir uma via de mão dupla entre elas, de tal modo que a ansiedade e a depressão aumentariam a presença dos sintomas de cefaleia, e a cefaleia agravaria os sintomas psiquiátricos. Ao estudar a relação entre a cefaleia e o transtorno do pânico, Smitherman, Kolivas e Bailey (2013) levantaram evidências de que a ansiedade e a cefaleia são fenômenos bidirecionais. De maneira semelhante, o estudo conduzido por Lampl *et al.* (2016) com 6.624 indivíduos encontrou um resultado alinhado com a visão de que a ansiedade e a depressão (em menor intensidade) estão fortemente relacionadas a cefaleia, reforçando a relação bidirecional entre esses fenômenos.

Há uma área promissora de estudos experimentais que versam sobre a relação entre a cefaleia e os transtornos do humor, alguns deles testaram modelos em animais e seus resultados pareceram corroborar a presença de comportamentos análogos àqueles apresentados por seres humanos durante as crises de cefaleia (LIANG *et al.*, 2011; MELO-CARRILLO; LOPEZ-AVILA, 2013; ZHANG *et al.*, 2017). Melo-Carrillo e Lopez-Avila (2013) e Liang *et al.* (2011) foram responsáveis por desenvolver e testar um modelo que reproduzia com sucesso o quadro de cefaleia em ratos por meio de estimulações sobre determinadas áreas cerebrais.

Melo-Carrillo e Lopez-Avila (2013) utilizaram uma população de ratos estatisticamente significativa para o propósito do estudo, que contou com grupo controle e experimental a fim de fazer comparações entre eles. Nos ratos do grupo experimental, foi inserido cirurgicamente um pequeno cano no osso do lobo frontal direito (incisão ipsilateral), assim, esses animais recebiam uma estimulação constante

nessa região. Os ratos, então, foram observados diariamente das 7:00 às 14:00 por 7 dias.

Os pesquisadores observaram que os ratos que passaram pela cirurgia apresentaram uma diminuição significativa do comportamento de exploração, como por exemplo vasculhar o ambiente. Além disso, apresentaram uma resposta de descanso ou congelamento (ficar parado) que os autores interpretaram como comportamentos eliciados por dor ou respostas de ansiedade (comportamentos semelhantes ao de indivíduos humanos depressivos que perdem o interesse pelo ambiente e buscam afastamento de estímulos). Um terceiro comportamento que chamou a atenção dos pesquisadores foi o acariciamento da região onde havia sido inserido o cano, ou seja, um movimento unilateral que difere do comportamento regular dos ratos de acariciar os dois lados da face (esse movimento é análogo ao que se vê em pacientes com cefaleia, que geralmente colocam a mão na cabeça quando sentem dor). Por fim, os autores administraram Zolmitriptano nos ratos, uma substância utilizada no tratamento de ataques de cefaleia, e verificaram uma diminuição dos comportamentos observados, mas não a sua extinção. Esse achado corrobora a experiência de muitos pacientes em tratamento para cefaleia que têm uma diminuição da dor e de alguns sintomas de ansiedade e depressão, mas não encontram uma “cura” nesse tipo de tratamento.

Resultados semelhantes foram encontrados por Liang *et al.* (2011), que utilizaram estímulos elétricos na dura-máter que contorna a região do seno sagital superior de ratos. Alguns achados interessantes desse trabalho foram que os ratos que passaram pela estimulação elétrica de maneira a simular a dor análoga a cefaleia tiveram uma diminuição no peso corporal e que a utilização do antidepressivo diminuiu algumas respostas comportamentais atribuídas à sensação de dor.

Uma terceira pesquisa que se soma às duas últimas no campo dos estudos experimentais, demonstrou que os ratos expostos a dor crônica proveniente da cefaleia apresentaram simultaneamente comportamentos de depressão e ansiedade (ZHANG *et al.*, 2017). Os autores verificaram, por meio da aplicação de procedimentos estatísticos, que esses dois sintomas estavam positivamente correlacionados. Esse resultado corrobora a observação de pesquisas realizadas com seres humanos de que essas duas comorbidades aparecem simultaneamente em indivíduos com cefaleia (BEGHI *et al.*, 2010; JETTE *et al.*, 2008). Nesse trabalho também foi administrada uma pequena dose de Amiltryptilina para os ratos que apresentaram

letargia e sonolência, assim, não foi possível estabelecer se houve uma diminuição dos comportamentos ansiosos e depressivos dos ratos pelos efeitos antidepressivos da droga ou pelo excesso de sonolência.

Ainda que exista uma ligação entre a presença da cefaleia e o desenvolvimento de transtornos de humor, não existem evidências que comprovem que o tratamento da depressão e da ansiedade possa diminuir a frequência ou a intensidade das cefaleias. Minen *et al.* (2016) descreveram em seu trabalho a possibilidade de que esses quadros compartilhem os mesmos mecanismos neurofisiológicos, isso explicaria o porquê de os medicamentos para depressão também serem efetivos no tratamento de cefaleias. Algumas hipóteses a esse respeito foram levantadas por Baskin e Smitherman (2009) são elas: a disfunção serotoninérgica, hormonal e a sensibilização em conjunto com a desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (eixo HPA).

A disfunção serotoninérgica está relacionada a uma menor síntese de serotonina no organismo que é causada por uma alteração no gene 5-HTTL (GONDA *et al.*, 2007). Foi demonstrado que essa alteração pode causar uma maior tendência ao desenvolvimento de quadros de ansiedade e maior sensibilidade ao estresse. Essa alteração também pode estar ligada ao surgimento de cefaleias e relatos de maior intensidade da dor. A hipótese da disfunção serotoninérgica abre espaço para explicar o porquê de se encontrarem maiores correlações entre a ansiedade e a cefaleia, e menores correlações entre esta última e a depressão.

A hipótese hormonal, por sua vez, diz respeito especificamente a alterações nos hormônios ovarianos das mulheres. Sabe-se que as mulheres têm maior probabilidade de desenvolver cefaleias e distúrbios afetivos, assim, essa hipótese considera que existiria uma relação entre a cefaleia e as alterações emocionais derivadas dos balanços dos ciclos hormonais da fase menstrual. Stovner *et al.* (2018) destacaram uma observação que corrobora a hipótese hormonal proposta por Baskin e Smitherman (2009): a frequência das cefaleias em mulheres diminui a partir dos 40 anos, fase em que, geralmente, se inicia o processo de menopausa. Cabe, ainda, considerar que alguns estressores ambientais podem ser confundidos com alterações hormonais, de tal modo que é necessário ter cuidado ao fazer relações baseadas numa hipótese exclusivamente hormonal. Um caminho possível para compreender a cefaleia a partir da hipótese das alterações hormonais seria levar em consideração a interação entre os transtornos de humor e as alterações menstruais: é possível que

alterações de humor causadas pela menstruação possam aumentar respostas de ansiedade e depressão nas mulheres, as quais, por sua vez, tornariam as dores de cabeça mais intensas.

Por fim, a hipótese relativa à sensibilização e desregulação do eixo HPA considera uma síndrome que envolveria diversas alterações em sistemas neurológicos relacionados a sensação e emoção, e que se apresentaria como um aumento na sensibilidade ao estresse e a dor. Isso poderia explicar por que as pessoas com cefaleia correm mais riscos de desenvolver depressão e ansiedade. Além disso, os autores relataram que essa desregulação poderia ocorrer pela exposição a fatores estressantes, tais como abuso e agressão, os quais são amplamente descritos na literatura sobre cefaleia e serão abordados a seguir.

#### *4.1.2 Cefaleia e estresse*

Estresse é um termo que foi popularizado pelo médico e pesquisador Hans Selye e descreve uma resposta não específica do corpo frente a uma demanda ou situação imposta a ele. Mais especificamente, é uma tentativa do corpo de retornar a homeostase, ou seja, o seu equilíbrio interno (SZABO; TACHE; SAMOGYI, 2012). Essa definição sofreu modificações com o tempo e novos elementos se associaram a esse conceito.

Uma definição mais moderna estabelece o estresse como uma ameaça registrada pelo organismo de forma consciente e inconsciente, cuja resposta tem uma especificidade que depende, entre outras coisas, das características do organismo e dos estressores, da percepção do organismo a respeito do elemento nocivo e sua capacidade de lidar com ele. Essa noção abriu espaço para a compreensão do estresse como um processo dinâmico e não fixo, como anteriormente proposto (GOLDSTEIN; KOPIN, 2007).

É frequente pensar no estresse como a causa da cefaleia. Não é incomum que as pessoas em seu dia a dia recomendem a alguém com dor de cabeça que descanse e se mantenha longe do estresse. É preciso questionar se essa relação é verdadeira e, se for, quais seriam as consequências para o tratamento e a compreensão da cefaleia. Diversos trabalhos se preocuparam com essa questão e buscaram compreender a relação entre a cefaleia e o estresse.

Wöber *et al.* (2006) buscaram compreender a perspectiva de 120 pacientes com enxaqueca ou cefaleia tensional a respeito dos fatores que atribuíam à manifestação ou piora do seu quadro. Nessa pesquisa, o estresse apareceu como o segundo desencadeador mais referido pelos participantes, com uma porcentagem de 66,7% de participantes que relataram experienciar estresse. No Brasil, um estudo seminal conduziu entrevistas com 200 pacientes com cefaleias, dentre os quais 65% declararam o estresse como um desencadeador das crises (FUKUI *et al.*, 2008). Em consonância com esses achados, o levantamento da literatura empreendido por Marmura (2018), destacou o estresse como um dos desencadeadores mais relatados entre os indivíduos com cefaleia.

Outros tipos de estudos comuns nessa área são aqueles que utilizam como instrumento “diários da dor”, nos quais os participantes anotam dados sobre a sua cefaleia, frequência e possíveis desencadeadores. Um estudo desse tipo (LIPTON *et al.*, 2014) foi realizado com uma pequena amostra de 17 participantes com cefaleia, e teve como objetivo compreender como eles eram afetados pelo estresse. Nessa pesquisa, além de anotar as informações gerais sobre a dor de cabeça no diário, os pacientes também tomaram nota do seu humor e nível de estresse. Os resultados não demonstraram uma relação significativa entre os níveis de estresse e os episódios de cefaleia, mas os pesquisadores observaram que quando havia um declínio no estresse no período da tarde, havia um aumento na chance de aparecer um episódio de cefaleia nas 6, 12 e 18 horas subsequentes a essa queda. Uma redução de estresse em um dia poderia gerar um aumento na probabilidade de ataques de cefaleia no dia seguinte. Esse estudo mostra que nem sempre a cefaleia está associada ao estresse de uma forma linear, ou seja, a diminuição do estresse não significa, necessariamente, uma queda nos episódios de cefaleia.

Ainda que essas pesquisas sejam importantes, elas não evidenciam que a cefaleia tem como causa o estresse; antes, elas mostram que as pessoas têm uma tendência a relacionar a cefaleia com o estresse. Essa hipótese tem sido discutida no meio científico, contudo, são poucas as evidências que lhes sustentam (HOULE; NASH, 2007). Apesar da sua confirmação, existem alguns estudos que se mostram promissores nessa área.

Até onde nos foi dado a conhecer, o maior estudo conduzido a esse respeito foi uma pesquisa longitudinal realizada com 5.159 participantes (SCHRAMM *et al.*, 2014). Esse estudo contou com uma amostra mista de pacientes com diversos tipos

de cefaleias e um grupo controle sem cefaleia. Os pesquisadores acompanharam os participantes por dois anos, checando os seus níveis de estresse e as intensidades de suas dores de cabeça. Foi constatado que os participantes com cefaleias tiveram mais respostas de estresse durante os dois anos do que aqueles do grupo controle. Dentro do grupo de pacientes com cefaleia, os que tinham enxaqueca e cefaleia mista (enxaqueca e cefaleia tensional) apresentaram escores mais elevados de estresse do que os pacientes que tinham exclusivamente o quadro de cefaleia tensional. Os pesquisadores apontaram que na faixa etária mais jovem, o estresse era relatado com maior frequência. Em síntese, os achados do trabalho indicaram uma relação positiva entre o aumento do estresse e a frequência da cefaleia.

Outra linha de estudos dedicados à investigação da relação entre cefaleia e estresse partem de uma perspectiva mais objetiva, que ao invés de considerar os aspectos subjetivos dos pacientes com quadros de cefaleia, priorizam a investigação dos chamados marcadores biológicos para o estresse – alterações a nível fisiológico que indicam que o corpo estaria iniciando uma resposta a um elemento estressor.

Schoonman *et al.* (2007) reuniram 17 participantes com cefaleia e avaliaram seus batimentos cardíacos (média e variabilidade) e nível de cortisol (saliva) durante quatro dias anteriores ao ataque de cefaleia. Durante o ataque, não se notou nenhuma alteração significativa nos marcadores investigados nos participantes, mesmo que a maioria deles tenha relatado que o principal desencadeador de seus ataques de cefaleia foi o estresse. O estudo apresentou uma correlação negativa entre marcadores biológicos de estresse e ataques de cefaleia. Esse resultado chama a atenção para o fato de que o estresse não é somente um fator físico, mas também um elemento subjetivo, ou seja, experiências que não geram alterações significativas na fisiologia podem ser sentidas subjetivamente como estresse. Além disso, a amostra do estudo foi pequena, impedindo a generalização dos resultados e conclusões assertivas.

Outra hipótese que poderia explicar os resultados encontrados por Schoonman *et al.* (2007) é a de que pacientes com cefaleia teriam uma tendência a rotular mais uma situação como estressante retrospectivamente, mas não no momento em que a situação ocorre. Essa hipótese foi testada por Wittrock e Foraker (2001) com 42 participantes – 20 com cefaleia tensional e 22 sem cefaleia. Os pesquisadores compararam as medidas atribuídas pelos participantes a eventos estressores algumas horas, dias e semanas depois da sua ocorrência. Os resultados apontaram que todos

os participantes tiveram uma tendência a superestimar os estressores em medidas retrospectivas, não havendo diferenças entre os dois grupos. Assim, é possível conjecturar que as pessoas, no geral, tenham uma tendência a atribuir um papel ao estresse muito grande e isso incluiria os pacientes com cefaleia.

Gannon *et al.* (1987) desenvolveram a primeira demonstração controlada de uma cefaleia ocorrendo como resultado de um estressor ambiental. Nessa pesquisa os autores selecionaram 16 participantes, dos quais uma parte tinha cefaleia tensional, outra tinha enxaqueca frequente, e, havia, ainda, um grupo controle com 8 participantes sem cefaleias. Os participantes foram expostos a um “estressor cognitivo” (exercícios de aritmética) por uma hora, e antes de serem expostos à condição experimental, foram avisados que se o seu desempenho fosse abaixo da média, eles ouviriam um sinal, o qual era acionado a cada 22 minutos sem que se levasse em conta o resultado dos exercícios. Esse procedimento tinha o objetivo de adicionar mais um estressor para os participantes. Para medir a presença da cefaleia foram utilizados marcadores fisiológicos que poderiam estar relacionados ao tipo específico de cefaleia, como por exemplo: eletromiograma frontal e do pescoço, para cefaleia tensional, ou pulso cefálico do volume sanguíneo, para enxaqueca. Onze participantes desenvolveram cefaleias após serem expostos aos estressores e dois participantes do grupo controle tiveram algum tipo de cefaleia. Quanto aos marcadores, estes não apresentaram alterações significativas. Esse estudo demonstrou que é possível gerar uma cefaleia por meio de estressores ambientais, ainda que medidas mais objetivas (os marcadores) não atestem nenhuma alteração.

Três estudos utilizaram diferentes estímulos estressores para gerar cefaleias nos participantes (MARTIN; SENEVIRATNE, 1997; MARTIN; TEOH, 1999; MARTIN; TODD; REECE, 2005). No primeiro deles, os pesquisadores buscaram compreender se duas situações estressoras (privação de alimento e estressor cognitivo – solução de anagramas) poderiam gerar cefaleias e se elas compartilhariam os mesmos mecanismos biológicos. Martin e Seneviratne (1997) aplicaram esses estressores em estudantes de psicologia (38 mulheres e 18 homens) que sofriam cefaleias tensionais ou enxaqueca. Em relação a privação de alimento, os participantes ficavam 19 horas sem comida, existindo um controle para que eles não estivessem sob um período de ataques. Na situação com o estressor cognitivo, os participantes deveriam resolver um anagrama em um tempo estabelecido pelos pesquisadores, após o qual a resposta era dada.

Os participantes foram divididos em quatro grupos que foram submetidos às seguintes situações: (1) aplicação do anagrama e privação de alimento; (2) privação de alimento sem aplicação do anagrama; (3) aplicação do anagrama sem privação de alimento; e (4) ausência das duas condições estressantes. Em todas as situações foram coletadas variáveis fisiológicas e subjetivas dos participantes sobre a cefaleia. A condição de privação de alimento gerou cefaleia em 58% dos participantes, mas os autores alertaram que isso poderia ser devido a várias condições como, por exemplo, abstinência de cafeína ou alterações no sono devido a sensação de fome. Em relação ao estressor cognitivo, os autores encontraram uma relação positiva entre a aplicação dos testes e o aumento na intensidade de cefaleia. A condição mais geradora de cefaleias foi a terceira, em que houve a privação de alimento e a aplicação do teste cognitivo. Nessa situação, 93% dos participantes apresentaram cefaleias ou aumento na intensidade delas. Houve alterações fisiológicas nas privações de alimento, mas não nos testes cognitivos. Os pesquisadores concluíram que essas duas condições podiam gerar cefaleias, mas não chegaram a conclusões quanto aos mecanismos fisiológicos responsáveis por desencadeá-las.

O segundo estudo desenvolvido por Martin e Teoh (1999), visou comparar dois estímulos: um estressor cognitivo (anagrama) e distúrbios visuais, buscando observar se eles geravam cefaleias e se tinham mecanismos fisiológicos semelhantes. O estudo contou com 68 mulheres que apresentavam algum tipo de cefaleia. Em um grupo foi aplicada uma tarefa de resolução de anagramas, em outro, os participantes olhavam um monitor enquanto luzes intensas piscavam, e um terceiro grupo (controle) recebeu a tarefa de observar uma tela com a palavra “relaxe”. Os pesquisadores coletaram marcadores fisiológicos dos participantes antes e depois de realizarem as tarefas. O estudo teve resultados semelhantes ao anterior. Ambos os estímulos foram capazes de desencadear cefaleias nos participantes, contudo, os resultados não foram conclusivos em relação aos mecanismos fisiológicos desses estímulos.

Por fim, o estudo de Martin, Todd e Reece (2005) comparou um estímulo sonoro perturbador e um estressor cognitivo (anagrama). Esse estudo teve a participação 24 sujeitos com enxaqueca e 44 com cefaleia tensional, os quais foram divididos nos seguintes grupos: (1) aqueles que receberam o estímulo sonoro perturbador; (2) os que receberam a tarefa do anagrama; (3) os que receberam ambos os estímulos; e (4) grupo controle. Os autores chegaram à conclusão de que ambos os estímulos eram geradores de cefaleias, mas diferiam em relação aos mecanismos

fisiológicos, haja vista que o estímulo sonoro gerou alterações fisiológicas mensuráveis, ao passo que o estímulo cognitivo foi incapaz de gerar qualquer alteração, ainda que a cefaleia tenha sido relatada pelos participantes.

Essas pesquisas são importantes porque demonstram que fatores e eventos estressores são capazes de gerar a cefaleia e são muito relatados por pacientes como desencadeadores do quadro. Contudo, por contarem com populações pequenas, seus resultados não podem confirmar uma relação direta entre os estressores e a cefaleia.

Outro conjunto de pesquisas parte da ideia de que não seriam as situações ou eventos em si que causariam o estresse, mas que existiria uma tendência dos pacientes com cefaleia de construir uma interpretação acerca dos eventos que é catastrófica, negativa e ansiogênica. De Benedittis e Lorenzetti (1992) buscaram compreender como pacientes com cefaleia rotulavam pequenos eventos diários em comparação com pacientes sem cefaleia. Os pesquisadores reuniram 83 pacientes com cefaleia e 51 participantes sem cefaleia (controle), e aplicaram alguns instrumentos que mediam a sua reação a grandes eventos (*major life events*) e pequenos problemas diários (*daily hassles*). O estudo demonstrou que os pacientes com cefaleia tinham uma tendência de relatar problemas diários com mais frequência e intensidade do que o grupo controle, além disso, pacientes com cefaleia tensional apresentaram uma tendência muito maior do que aqueles com outros tipos de cefaleia a relatarem problemas diários. Por meio de ferramentas estatísticas, o estudo correlacionou a tendência de relatar problemas diários a uma maior frequência e intensidade das cefaleias. No que diz respeito a grandes eventos estressores, os grupos não apresentaram diferenças significativas. Os autores concluíram que os resultados indicaram que pequenos estressores podem ser mais significativos como fatores desencadeadores de cefaleia do que grandes eventos.

De Benedittis, Lorenzetti e Fieri (1990) compararam um grupo de 63 pacientes com cefaleia crônica com um grupo de 44 pessoas que não apresentavam o quadro em relação a experiências ou eventos estressantes que tiveram algum impacto sobre eles no ano anterior. O grupo com cefaleia apresentou uma tendência significativa a relatar mais eventos estressantes e mudanças negativas em suas vidas no ano anterior do que o grupo sem cefaleia. As temáticas dessas experiências giraram em torno, principalmente, de perdas (e. g. morte de entes queridos) e mudanças na vida diária (e. g. alterações de hábitos de sono). Para os autores, um aumento de eventos

negativos, combinados a apreensão emocional e cognitiva negativa a respeito desses eventos podem ser fatores relevantes no desencadeamento de cefaleias.

Um estudo semelhante foi desenvolvido por Invernizzi, Gala e Sacchetti (1985) que investigaram os relatos a respeito de fatores estressantes em 149 pacientes com cefaleia e 43 indivíduos sem cefaleia. Os resultados apontaram que os participantes com cefaleias apresentavam uma tendência a relatar mais eventos estressantes vivenciados recentemente, e a gravidade dos eventos não diferiu entre os dois grupos. Os autores concluíram que o fator responsável por aumentar a propensão dos pacientes com cefaleia a desenvolver o quadro não seria propriamente a gravidade de um evento estressor, mas outros elementos cognitivos e biológicos. Cabe destacar que em ambos os estudos o número de participantes e os métodos utilizados não permitem afirmar se os indivíduos com cefaleia apresentam uma maior propensão a ter uma resposta mais intensa a efeitos estressores ou vivenciar mais eventos estressores do que a população geral.

Hassinger, Semenchuk e O'brien (1999) trouxeram uma contribuição experimental a essa temática. Os pesquisadores avaliaram um estressor cognitivo (problemas de aritmética) e um físico (*cold pressor*) em dois grupos, um deles com 26 pacientes com cefaleia, e o outro com 26 participantes sem cefaleia (controle). O objetivo do estudo foi observar como os pacientes com cefaleia interpretavam e lidavam com esses estressores. O problema de aritmética consistia em subtrair o número 7 continuamente a partir de 7.000; se os participantes errassem, deveriam recomeçar a partir do número 6.000. No teste *cold pressor* os participantes deveriam colocar uma das suas mãos em água gelada por 3 minutos. Os pesquisadores partiram das hipóteses de que os sujeitos com cefaleia iriam interpretar os estressores com mais intensidade, apresentar mais respostas mal adaptativas e tendência a catastrofização. Os resultados mostraram que os participantes com cefaleia atribuíram escores mais altos de dor para a tarefa de *cold pressor* do que aqueles do grupo controle; eles também apresentaram mais autocríticas e pensamento ilusório (*wishful thinking*) lidando com o exercício de aritmética. De acordo com esse estudo, os pacientes com cefaleia apresentaram mais catastrofização e retraimento para lidar com situações estressantes.

Outra hipótese dentro da avaliação da rotulação dos eventos pelos indivíduos com cefaleia é a de que existiria uma menor capacidade de lidar com elementos estressores e uma ausência de apoio social, fatores que gerariam mais estresse e

acabariam por aumentar os ataques de cefaleia. Martin e Theunissen (1993) investigaram a relação entre estresse, apoio social, habilidade de enfrentamento e cefaleia. O estudo contou com uma amostra pequena formada por um grupo de pessoas com cefaleia crônica e dois grupos de pessoas sem cefaleia (controle), cada um deles com 28 participantes. Os resultados apresentados pelos grupos não diferiram em relação ao estresse e habilidades de enfrentamento, mas mostraram diferenças no apoio social. Esse resultado contraria a hipótese de que os pacientes com cefaleia teriam uma menor habilidade para lidar com eventos estressores, e sugere que a falta de apoio social os tornaria mais vulneráveis ao estresse.

O estudo de Martin e Soon (1993) avaliou a questão do suporte social em indivíduos com cefaleia de um ponto de vista mais detalhado. Os autores consideraram quatro aspectos do suporte: avaliação, estima, pertencimento e tangibilidade. Os sujeitos com cefaleia foram comparados com indivíduos sem cefaleia e apresentaram resultados significativamente menores em todos os aspectos avaliados, considerando seu suporte social insuficiente. Os participantes não diferiram em relação a existência de relações de suporte social, ou seja, o que era significativo para os participantes com cefaleia não era a ausência de relações sociais, mas a ausência de suporte ou a interpretação da ausência.

Um estudo realizado na Turquia apresentou resultados diferentes (GUNEL; AKKAYA, 2008). Em um grupo com 62 mulheres com cefaleias e outro com 58 mulheres sem cefaleias (controle), foram aplicadas escalas para a avaliação do estresse que enfocavam vulnerabilidade e sintomas, bem como escalas para examinar as habilidades de enfrentamento e satisfação. As pesquisadoras não encontraram diferenças significativas em relação aos sintomas de estresse nos dois grupos e nem em relação a satisfação. Em relação ao suporte social e habilidades de enfrentamento, o grupo controle obteve maior escore para a busca de suporte social, ao passo que as mulheres com cefaleia tiveram maiores escores nas subescalas de otimismo e submissão. Para as autoras, os resultados indicaram que não existe uma diferença profunda nos estilos de enfrentamento entre os grupos, por conseguinte, as generalizações que afirmam que pacientes com cefaleia teriam uma capacidade de lidar com estressores mais restrita e sentiriam os problemas da vida como mais estressantes, deveriam ser evitadas.

Vladetić *et al.* (2017) aplicaram formulários de saúde geral, escalas de qualidade de vida e questionários sobre as formas de lidar com o estresse (*coping*)

em 106 pacientes com cefaleia sem aura – em sua maioria mulheres. As formas mais comuns de lidar com os estressores apontadas nesse estudo foram o autocontrole e a busca por suporte social. As formas de lidar menos funcionais, como escapar ou evitar o estressor, tiveram o menor escore entre os participantes. Ainda que esse escore tenha sido baixo, os pesquisadores mostraram que essas formas de lidar com o estresse se correlacionavam com impactos negativos na qualidade de vida.

Finalmente, um estudo húngaro (PETROVICS-BALOG *et al.*, 2019) enfocou as relações entre habilidades para lidar com estressores, cefaleia e qualidade de vida. Participaram da pesquisa 123 pacientes com cefaleia e 66 indivíduos saudáveis, que responderam a uma bateria de escalas para avaliação do estresse, ansiedade, habilidades para lidar com estresse e um inventário geral de saúde. Nesse estudo, os pacientes com cefaleia apresentaram escores significativamente mais baixos para a qualidade de vida, mais ansiedade e estresse, e menor escore para habilidades para lidar com os estressores quando comparados aos participantes do grupo saudável. Para os autores, esses resultados indicaram, no geral, uma capacidade menos efetiva entre os pacientes com cefaleia de lidar com o estresse.

A relação entre o estresse e a cefaleia ainda gera muitos debates e poucos estudos são conclusivos a esse respeito. As pesquisas abordadas nesta revisão permitem entender que existe uma possível relação entre eventos estressores e o agravamento da cefaleia, contudo, essa relação não é clara e não seria possível afirmar que os quadros de cefaleia são causados pelo estresse. Essa afirmativa seria redutiva e contrária às tendências nas pesquisas que compreendem a cefaleia como um quadro multifatorial.

A capacidade de enfrentamento dos eventos estressores (*coping*) e a rotulação desses eventos por pessoas com quadros de cefaleia também têm sido abordadas nas pesquisas no campo da psicologia. A esse respeito, cabe considerar que é necessário não tomar uma possível diferença na interpretação dos eventos como uma tipologia que construiria uma “personalidade da cefaleia”. Por fim, a questão do apoio social configura um fator importante que tem sido tratado nas diferentes pesquisas. É possível que os pacientes com cefaleia sintam que o seu apoio é insuficiente e isso os torna vulneráveis a fatores mais estressantes.

A seguir, serão apresentados os estudos que versam sobre a cefaleia e sua relação com a raiva e agressividade.

#### 4.1.3 Raiva e agressividade

Um fator importante no estudo da cefaleia e sua relação com estados emocionais e aspectos da personalidade é o controle da agressividade. Algumas pesquisas sugerem que existiria um excesso de repressão da raiva, um elevado nível de vigilância em relação a estímulos negativos e uma supressão de respostas agressivas, em indivíduos com cefaleia. Esse padrão de lidar com a agressividade é conhecido na literatura como *anger-in* e pode afetar a forma como o paciente lida com a dor (SPIELBERGER; KRASNER; SOLOMON, 1988).

A primeira disciplina a estudar a relação entre a cefaleia e a agressividade foi a psicanálise com o trabalho de Frieda Fromm-Reichmann (1937/2013), que partiu de observações de oito casos clínicos de pacientes atendidos em seu consultório. O trabalho da autora permitiu traçar alguns *insights* para as possíveis origens da cefaleia de uma perspectiva emocional e psicodinâmica. Algumas de suas hipóteses, principalmente a de que existiria um padrão de repressão da agressividade em pacientes com cefaleia, foram confirmadas por estudos posteriores (ABBATE-DAGA *et al.*, 2007; BIHLDORF; KING; PANES, 1971; GROTHGAR; SCHOLZ, 1987; HATCH *et al.*, 1991).

Fromm-Reichman (1937/2013) postulou que a cefaleia seria um sintoma causado por um conflito de origem inconsciente proveniente de uma agressividade contra pessoas amadas que não poderia ser expressa, o que resultaria em uma repressão desse afeto. A repressão tornaria o conteúdo da fantasia agressiva inacessível ou deformado para o ego, mas o corpo permaneceria em um estado de tensão, como se preso em uma postura de raiva e agressividade – musculatura contraída, ansiedade em nível elevado, preparado para atacar ou fugir de um inimigo. Contudo, a descarga agressiva não aconteceria, de modo que não seria possível dar vazão a essa estimulação psíquica e, assim, a excessiva contração seria responsável por causar a cefaleia.

Para a autora, o ambiente em que os pacientes com cefaleia vivem tem um papel fundamental no desenvolvimento do quadro (FROMM-REICHMAN, 1937/2013). Segundo observou, os pacientes geralmente tinham uma história de vida semelhante: eram provenientes de lares em que não podiam expressar as suas emoções abertamente, os conflitos eram mitigados, qualquer sinal de contradição era interpretado pelos pais como uma afronta ou hostilidade, e isso gerava um intenso

sentimento de culpa e medo frente aos pais. Responder de forma autêntica nessa situação significaria perder o amor dos pais e ao mesmo tempo perder a proteção do lar; o paciente sentia que poderia ser retaliado e abandonado completamente. Como resposta a isso, seria necessário mascarar ou suprimir suas emoções, principalmente a hostilidade contra a posição excessiva de autoritarismo e inflexibilidade dos genitores. A resposta desmedida do meio à agressividade, formaria a ideia de que os impulsos agressivos são inadequados e que poderiam destruir os objetos de amor. O indivíduo ficaria preso em um paradoxo: de um lado, ama os pais, de outro, os odeia.

Na perspectiva da autora, o ódio geraria uma rivalidade contra as pessoas amadas: os pacientes guardariam o desejo de serem superiores e destruir os pais que os castraram e os fizeram reprimir a raiva. A culpa, no entanto, não deixaria dar vazão a essa tendência e, por conseguinte, a agressividade seria deslocada para o ego e o próprio paciente se castraria. A castração, nesses casos, teria um tom específico, pois seria uma castração mental: o órgão sexual, na fantasia, seria deslocado para a cabeça. Esse movimento explicaria o motivo pelo qual a cabeça é o centro do sintoma – ela é a sede da inteligência. Não podendo destruir o outro em seu orgulho, o paciente destruiria a sede do próprio orgulho e inteligência, por essa razão, a cefaleia, muitas vezes, deixaria o paciente prostrado, esquecendo nomes de pessoas e coisas (FROMM-REICHMAN, 1937/2013).

Ainda no campo da psicanálise, Monsour (1957/2017) procurou expandir as observações de Fromm-Reichmann (1937/2013), partindo da hipótese proposta pela segunda de que a cefaleia resultaria de uma rivalidade e ambivalência em relação ao objeto de amor. Para Monsour (1957/2017), essa rivalidade remonta ao Édipo e à relação com a mãe. De acordo com essa perspectiva, o paciente ansiaria, em um nível inconsciente, pelo amor do pai e por gerar um filho com ele, mas a mãe seria uma oponente a essa relação, de modo que o paciente sentiria grande agressividade e hostilidade em relação a ela. Não podendo expressar esses sentimentos abertamente, o paciente os reprimiria, e, por meio de um mecanismo de defesa por identificação, se colocaria no lugar da mãe.

A autora considerou, ainda, que as mães de indivíduos com cefaleia tenderiam a ter uma relação masoquista com seus maridos, principalmente no que diz respeito às funções intelectuais, se rebaixando e se diminuindo frente ao companheiro. A identificação com a mãe faria com que o paciente se colocasse em uma posição semelhante, entregando-se ao agressor por meio da negação da rivalidade e

supressão do ódio. Monsour (1957/2017) observou em alguns de seus pacientes com quadros de cefaleia o desejo de serem abusados, agredidos ou inferiorizados, e notou que a cefaleia deles diminuía após vivenciarem situações de abuso ou quando abandonavam a competição contra outras pessoas.

Por fim, a autora propôs que o rebaixamento intelectual e a passividade, observados nos pacientes, seriam uma substituição da relação sexual que desejariam ter com o pai, e, por meio de um mecanismo de deslocamento, também notado por Fromm-Reichmann (1937/2013), a cabeça passaria a ocupar o lugar de centro do que seria o órgão sexual. Para Fromm-Reichmann (1937/2013), essa operação se tratava de um deslocamento do pênis para a cabeça, já para Monsour (1957/2017), o ânus é que se deslocaria para a cabeça.

As tentativas de compreender a cefaleia no âmbito da psicanálise motivaram o desenvolvimento de pesquisas de autores com referenciais diferentes, as quais foram progressivamente se desconectando do paradigma psicanalítico e adentrando áreas experimentais da psicologia.

Bihldorff, King e Parnes (1971) foram os primeiros a realizar um estudo exploratório com o objetivo de testar a hipótese de que a agressividade estaria relacionada à cefaleia. Participaram da pesquisa 115 participantes, dentre os quais 88 tinham diferentes tipos de cefaleia e 27 não possuíam nenhum quadro (grupo controle). Os resultados mostraram que os pacientes com cefaleia que participaram do estudo: (1) eram mais inibidos em sua expressão da raiva do que pessoas que não apresentavam esse quadro; (2) se sentiam mais culpados e tinham mais ansiedade em sua expressão da raiva; (3) sentiam mais raiva, por mais tempo, do que a população geral; e, (4) em sua maioria, foram punidos ou impedidos de expressar raiva e hostilidade quando crianças.

Grothgar e Scholz (1987) empreenderam um estudo com 72 mulheres e dois grupos controle. Os participantes foram solicitados a resolver dois tipos de anagramas: um de fácil resolução, e outro, muito complexo. Durante o experimento foram coletadas informações sobre o comportamento verbal e não verbal dos participantes, informações fisiológicas por meio da medição dos batimentos cardíacos, pressão sanguínea e pressão de pulso, e, ainda, foram aplicadas escalas para avaliação de humor (raiva, irritabilidade, ansiedade e outros estados emocionais). O estudo mostrou que os pacientes com cefaleia demonstraram menos comportamentos de expressão da raiva, mas, paradoxalmente, tiveram maiores batimentos cardíacos

e pressão sanguínea e de pulso elevadas em comparação ao grupo controle. Nas escalas subjetivas não houve diferenças significativas entre os grupos. Esses resultados corroboram a hipótese de que indivíduos com cefaleia expressariam menos a agressividade, ainda que ela seja sentida internamente por eles.

Hatch *et al.* (1991) confirmaram os achados anteriores em pacientes com cefaleia tensional. Os pesquisadores demonstraram que os pacientes que participaram do seu estudo tinham uma tendência maior de sentir raiva do que os participantes sem cefaleia, entretanto eles não demonstravam essa emoção, suprimindo suas reações emocionais. Foi observado, ainda, uma maior tendência por parte dos pacientes com cefaleia tensional em relatar impressões e sentimentos relacionados a ressentimento, suspeita, falta de confiança e antagonismo em suas relações interpessoais.

Abbate-Daga *et al.* (2007) realizaram um estudo cujo objetivo foi estabelecer uma relação entre agressividade, depressão e possíveis traços de personalidade, utilizando para isso um grupo de pacientes com cefaleia sem aura e um grupo controle. Os instrumentos aplicados foram: escalas de agressividade (STAXI), questionário de depressão e ansiedade, e TCI (*Temperament and Character Inventory*) que mensura aspectos da personalidade como busca por novidade, evitação de perigo, dependência de reforço, persistência, autodireção, cooperatividade e autotranscedência. Observou-se que os participantes com cefaleia tinham escores superiores e significativos em áreas que indicavam um excesso de ansiedade e obsessividade, passividade com menor tendência de tomar iniciativa, falta de segurança, maior vulnerabilidade para o estresse e dificuldade em lidar com a dor e outras situações difíceis, além de apresentarem resultados no STAXI que indicavam um controle de raiva inadequado com uma tendência de hipercontrole.

Esses resultados corroboram o estudo de Nicholson *et al.* (2003), que utilizando um grupo controle e outro de indivíduos com cefaleia, mediu aspectos relacionados a ansiedade, depressão e controle da agressividade. Nesse estudo, o grupo de indivíduos com cefaleia apresentou um maior controle da agressividade, a ponto desse fator ser um melhor preditor da cefaleia do que a ansiedade.

Outro estudo demonstrou que indivíduos com todos os tipos de cefaleia, excetuando a enxaqueca clássica, mostraram um pior controle da raiva (PEROZZO *et al.*, 2005). Os resultados desse estudo indicaram que pacientes com cefaleia tensional e enxaqueca combinadas (*cluster headache*) apresentaram uma maior incidência de temperamento agressivo e reações agressivas.

De maneira geral, os estudos que abordaram a agressividade em pacientes com cefaleia destacaram que as formas de lidar com ela e expressá-la têm um papel importante no desenvolvimento desses quadros. A agressividade, a raiva e a hostilidade parecem formar um núcleo significativo para os pacientes que sofrem com os diferentes tipos de cefaleia, e eles, geralmente, demonstram dificuldades em expressar e manejar essas emoções.

#### 4.1.4 Cefaleia e trauma

A cefaleia é um sofrimento enraizado no corpo, cuja origem é desconhecida. Sabe-se que as emoções e a forma como o paciente vê a si mesmo têm um grande efeito no surgimento de dores crônicas. Áreas cerebrais relacionadas a modulação das emoções têm se mostrado profundamente entrelaçadas ao processo de controle e expressão da dor. Essa premissa abre espaço para a hipótese de que o surgimento das cefaleias e outras dores crônicas poderiam ser mediados por essas áreas cerebrais (JENSEN; TURK, 2014). A partir dessa hipótese, cabe considerar que o trauma e experiências negativas poderiam exercer um impacto na emergência da cefaleia crônica, dessa maneira, o significado que os pacientes atribuem às suas vivências e dor passam a ter um papel fundamental no tratamento dessas condições.

Um estudo realizado com 1.348 adultos buscou estabelecer os diferentes tipos de abusos sofridos por indivíduos com cefaleia e sua associação com as características do quadro e comorbidades físicas e psíquicas (TIETJEN *et al.*, 2010). Os autores levantaram cinco categorias de abuso (físico, emocional, sexual, negligência e abandono), a fim de estabelecer qual delas seria prevalente no grupo estudado. Os resultados mostraram que 58% dos participantes reportaram algum tipo de abuso. Dentre eles, o mais relatado foi o abuso emocional, e o menos referido o sexual. Observou-se que quanto maior o número de tipos de abusos sofridos, maior era a prevalência de ansiedade, depressão e frequência das cefaleias.

Outro estudo, que contou com 13.089 participantes apontou uma relação significativa e direta entre abuso e cefaleia. Os resultados desse estudo corroboraram a hipótese de que a violência física causaria impacto direto no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, e confirmaram que a cefaleia crônica estava vinculada a modulação da dor e situações ambientais adversas (FULLER-THOMSON; BAKER; BRENNENSTUHL, 2010).

Até onde nos foi dado a conhecer, o maior estudo realizado sobre trauma e cefaleia contou com a participação de 17.337 pacientes adultos, desses 16,6% apresentaram cefaleias (ANDA *et al.*, 2010). O objetivo do estudo foi estabelecer como experiências adversas na infância, adolescência e vida adulta poderiam se relacionar ao aparecimento de cefaleias crônicas. De acordo com os autores, os participantes com cefaleias tinham quatro vezes mais chances de reportar abusos sofridos se comparado com o restante da amostra sem cefaleia. O estudo também mostrou que quanto mais tipos de abusos sofridos pelo participante (físico, sexual, emocional, entre outros) maiores eram as suas chances apresentar cefaleias crônicas.

A relação entre experiências traumáticas e o aparecimento da cefaleia não está somente presente em adultos. Em um estudo realizado com 3.955 adolescentes em Taiwan (FUH *et al.*, 2010), os estudantes que relataram maus tratos físicos eram mais propensos a sofrer de cefaleia do que aqueles que não referiram sofrer maus tratos. Além disso, dentre os adolescentes com diagnóstico de enxaqueca, aqueles que reportaram sofrer violências físicas, apresentaram maior frequência de dores de cabeça, maior proporção de dores de cabeça graves e maiores escores em relação à sintomas de depressão e ansiedade. Os resultados não mostraram diferenças significativas entre meninos e meninas.

Os estudos referidos evidenciam que as vivências de diferentes tipos de abusos e violências têm um impacto e um papel importante no desenvolvimento das cefaleias. Apontaram, também, que comorbidades como a depressão e a ansiedade acompanham com frequência a cefaleia e podem ser responsáveis por uma piora no quadro. Contudo, a maneira como esses fatores se relacionam ainda não é clara.

#### *4.1.5 Cefaleia e bipolaridade*

A bipolaridade é apontada como um transtorno comum em pessoas com cefaleia. Algumas pesquisas têm levantado hipóteses interessantes sobre como a cefaleia pode compartilhar a mesma via neurológica de outras manifestações, estabelecendo uma conexão entre estados emocionais e regulação da dor.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), a bipolaridade é um quadro psiquiátrico crônico que cursa como uma ciclagem entre dois polos emocionais intensos não atribuíveis a fatores externos, tais como a ingestão de drogas ou

condições médicas. Esse quadro se divide em dois tipos principais: a bipolaridade tipo I e a bipolaridade tipo II.

Quando combinada com a cefaleia, a bipolaridade, geralmente, se manifesta como um quadro com mais complicações e pode apresentar algumas características específicas. Dentre elas, foram apontadas uma rápida ciclagem entre as fases depressivas e maníacas, o que confere mais instabilidade ao quadro e maior presença de ataques de pânico (GORDON-SMITH *et al.*, 2015), fobia social, comportamento suicida, ansiedade e comportamentos obsessivo-compulsivos (ORTIZ *et al.*, 2010). Essas comorbidades estão mais presentes na bipolaridade tipo II.

Um estudo de meta-análise agrupou 12.375.644 indivíduos que participaram de diferentes estudos (STUBBS *et al.*, 2014). Dentre os participantes, 171.352 tinham bipolaridade e 12.204.292 não tinham o diagnóstico (grupo controle). Os resultados mostraram que a prevalência de indivíduos com bipolaridade e cefaleia era de 14,2% na população estudada, afetando 1 em cada 7 pessoas. Por meio de uma análise comparativa, o estudo mostrou que pessoas com bipolaridade tinham 3 vezes mais chances de desenvolver cefaleia do que a população geral (STUBBS *et al.*, 2014). Outra pesquisa de meta-análise, mostrou que dentre uma população de 3.976 indivíduos com bipolaridade, cerca de 34,8% tinham cefaleia (FORNARO; STUBBS, 2015). Esse alto índice chama a atenção, mas cabe ponderar que a população considerada nesse estudo foi significativamente menor do que aquela do estudo de Stubbs *et al.* (2014).

A bipolaridade é o segundo transtorno mais comum entre pessoas com cefaleia, precedido apenas pela depressão. Leo e Singh (2016) apontaram uma prevalência de 5,3% a 12,7% de pessoas que têm esse transtorno na população com cefaleia. Essa prevalência é muito maior do que a apontada no DSM-V de 0,6% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Esses autores realizaram um levantamento de literatura acerca das possíveis causas da relação entre essas comorbidades, foram elas: alterações nos sistemas de neurotransmissores dopaminérgicos, serotoninérgicos e de glutaminas, fatores genéticos, alterações do sistema inflamatório e metabolismo.

Os estudos mostram que existe uma relação entre a bipolaridade e a cefaleia, contudo os mecanismos que são responsáveis por essa relação não estão claros. O levantamento de Leo e Singh (2016) expôs algumas causas possíveis, mas os autores afirmaram que não existe uma explicação precisa e consolidada a esse respeito.

## 4.2 Impacto das cefaleias em outras áreas da vida

Esta seção aborda os impactos que a cefaleia e, por consequência, as questões emocionais relacionadas a ela, podem provocar sobre a vida das pessoas que sofrem com esses quadros, particularmente no âmbito do sono e do trabalho. Essas duas áreas são comumente referidas por pacientes com cefaleia como áreas afetadas negativamente pelos sintomas associados ao quadro.

### 4.2.1 Sono

De maneira geral, o sono de pacientes com cefaleia é extremamente prejudicado. Alguns estudos destacaram diversas queixas de pacientes em relação a como a cefaleia impacta a sua qualidade de sono, a saber: perturbações do sono, acordar durante a noite, principalmente por conta da cefaleia, sono curto (SANCISI *et al.*, 2010), insônia, roncos e sonolência diária (KELMAN; RAINS, 2005). Além disso, alguns indivíduos com cefaleia apontaram que o sono é um possível desencadeador de suas crises (ONG; STEPANSKI; GRAMLING, 2009).

Uma revisão sistemática que abordou os fatores prognósticos para o tratamento da cefaleia indicou que a ausência de sono é um dos principais preditores apontados na literatura para um tratamento com resultado abaixo do esperado. Outros fatores apontados foram: depressão, ansiedade, estresse, uso abusivo de medicamentos e pouca capacidade de manejar o episódio de dor (PROBYN *et al.*, 2017).

Um estudo populacional coreano mostrou que não existiam diferenças quanto a quantidade de sono obtida pela população geral e por indivíduos com cefaleia (SONG *et al.*, 2018). Contudo, em relação ao último grupo, existia uma maior queixa com relação a baixa qualidade do sono. O estudo destacou, ainda, que entre os indivíduos com cefaleia, aqueles que apresentaram um menor tempo e pior qualidade de sono relataram maior frequência de cefaleias, mas não referiram maior intensidade das crises. Esse grupo também reportou sintomas de depressão, ansiedade e insônia significativamente mais elevados do que a amostra geral.

Outro estudo (BUSE *et al.*, 2018), mostrou que sujeitos com cefaleia crônica apresentavam uma tendência muito maior a avaliarem a sua qualidade de sono como ruim (referindo a presença de roncos, falta de ar e sonolência), quando comparados a indivíduos com cefaleias episódicas e sem cefaleia. Para os autores, esse padrão

de sono faz com que a população com cefaleia esteja em uma maior faixa de risco para a apneia do sono – padrão de sono em que ocorre a interrupção da respiração e que apresenta consequências graves.

Sonolência diurna excessiva foi relatada na literatura como um fator significativamente prevalente em indivíduos com cefaleia crônica (BARBANTI *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2016; PERES *et al.* 2005). Barbanti *et al.* (2013) destacaram que o excesso de sonolência durante o dia está ligado a uma maior propensão de alterações emocionais, motoras e cognitivas negativas, qualidade de vida reduzida, acidentes no trabalho e no trânsito.

Se, de um lado, o sono de pacientes com cefaleia é prejudicado, de outro, ele é considerado por muitos como uma estratégia abortiva ou paliativa para lidar com a crise de dor, estando entre o rol de comportamento mais utilizados para enfrentar a cefaleia (BAG; KARABULUT, 2005; ONG; STEPANSKI; GRAMLING, 2009; SANCISI *et al.*, 2010). Note-se que essa estratégia pode ter um custo elevado, uma vez que pode alterar o ciclo circadiano regular.

O ciclo circadiano tem um papel importante nas cefaleias, conforme demonstrou a pesquisa de Ong *et al.* (2018) que comparou o ciclo de indivíduos saudáveis e com cefaleia crônica. Os resultados apontaram que os participantes com cefaleia crônica demonstraram lentidão no tempo de sono e em fases circadianas, fatores que foram relacionados a uma maior frequência de dor nesses participantes. Segundo os autores, alguns comportamentos empreendidos por pacientes com cefaleia podem alterar drasticamente o ciclo circadiano, tais como utilização do sono como estratégia abortiva para a crise de dor, evitação de luz (fotofobia), entre outros. Além disso, Ong *et al.* (2018) chamaram a atenção para os sintomas de ansiedade e depressão que, por vezes, são fatores que interferem no funcionamento do ciclo circadiano. Os pesquisadores consideraram que todos esses fatores podem causar o mal ajustamento desse ciclo e, por conseguinte, exacerbar os sintomas da cefaleia

A qualidade do sono e um ciclo circadiano bem ajustado foram consideradas condições importantes para a melhora de pacientes com cefaleia e algumas pesquisas abordaram o uso de terapias do sono no tratamento desses pacientes (CALHOUN; FORD, 2007; HOULE *et al.*, 2012).

O estudo empreendido por Calhoun e Ford (2007) teve por objetivo investigar se uma boa higiene do sono poderia ter um efeito sobre a frequência e intensidade de cefaleias crônicas. Essa pesquisa contou com a participação de 43 mulheres, as quais

foram separadas em dois grupos de forma aleatória. O primeiro grupo recebeu instruções sobre técnicas comportamentais para melhorar o sono (experimental), e o segundo, recebeu instruções falsas (placebo). Todas as participantes registraram a intensidade e frequência de suas cefaleias em diários por um período de seis semanas. Os resultados mostraram que após o uso das técnicas ensinadas, 35% das mulheres do grupo experimental apresentaram melhora significativa do quadro de cefaleia crônica, modificando seus diagnósticos para cefaleia episódica. No grupo placebo, nenhuma das participantes teve o quadro crônico alterado. Posteriormente, os pesquisadores ensinaram as técnicas comportamentais para o grupo placebo e solicitaram ao outro grupo que permanecesse aplicando as mesmas técnicas. Após seis semanas os dois grupos foram reavaliados. O grupo que experimentou as técnicas comportamentais ao longo de toda a pesquisa apresentou uma reversão de 58% dos casos para episódico, e o grupo originalmente designado como placebo, mostrou reversão de 43%. Os pesquisadores concluíram que alterações no sono podem ter um impacto profundo na cefaleia e podem ser uma boa estratégia para a melhora do quadro.

Houle *et al.* (2012) demonstraram que dois dias de muito estresse e pouco sono são preditores de dores de cabeça, ao passo que dois dias de baixo estresse e bom sono agem como elementos protetores contra os ataques. Esses autores corroboraram a hipótese de que uma boa higiene do sono tem resultados positivos na diminuição da frequência dos ataques de dor.

#### 4.2.2 Trabalho

O trabalho é um aspecto central na vida de um indivíduo – é por meio dele que é possível ter acesso à alimentação, lazer, moradia, cultura, entre outros bens essenciais ao indivíduo e ao desenvolvimento da sociedade. Além disso, o trabalho é um lugar de socialização e, muitas vezes, está associado a aspectos fundamentais da identidade das pessoas. Por isso, um impacto sobre o desempenho de alguém em seu ambiente de trabalho pode gerar consequências sobre a sua qualidade de vida. As pesquisas que examinam a intersecção entre a cefaleia e o trabalho são ainda incipientes, contudo, alguns trabalhos desenvolvidos nesse campo merecem ser destacados a fim de entender como a cefaleia impacta a qualidade de vida.

De maneira geral, a manifestação da cefaleia ocorre entre os 25 e 55 anos, período em que as pessoas comumente se encontram ativas em algum trabalho ou ocupação. Por conseguinte, o adoecimento nesse período da vida representa um gasto econômico significativo para empresas e, extensivamente, para toda a sociedade (STOVNER *et al.*, 2018). A relação entre a cefaleia e as quedas na produção é uma pauta importante que tem sido debatida por diversos autores (BERRY, 2007; OSTERHAUS; GUTTERMAN; PLACHETKA, 1992; STEWART *et al.*, 2008).

Uma pesquisa conduzida com cerca de 20.000 trabalhadores americanos estimou que as empresas perdem anualmente valores entre 21,5 e 24,4 milhões de dólares em decorrência de faltas, dispensas e outras questões que envolvem os trabalhadores com cefaleias crônicas (BURTON *et al.*, 2002). Os resultados dessa pesquisa suscitam a ideia de que a presença da cefaleia na vida de uma pessoa, possivelmente, tem impacto significativo em sua motivação e performance no trabalho.

Berardelli *et al.* (2019) observaram que a forma como o paciente compreende as suas limitações causadas pela cefaleia, o que chamaram de debilidade percebida, gera um impacto sobre a sua satisfação e produtividade no local de trabalho. Para os autores, quanto mais o paciente sente que não tem controle sobre o seu quadro, mais insatisfeito e menos produtivo ele se torna. Por outro lado, a satisfação no trabalho medeia a debilidade percebida e a produtividade, isso significa que se o indivíduo se sente bem em seu trabalho, ele tende a apresentar um melhor desempenho e isso, por sua vez, altera a sua percepção sobre a cefaleia (BERARDELLI *et al.*, 2019). Aventa-se que por se sentir capaz de trabalhar, independente da dor, o trabalhador não ficaria tão perturbado e tomado pelos problemas acarretados pela cefaleia que, como destacaram outros estudos, se relaciona amplamente com a ansiedade e depressão (LAMPL *et al.*, 2016; SMITHERMAN, KOLIVAS; BAILEY, 2013;).

Uma pesquisa realizada com 98 pacientes com cefaleias crônicas investigou a relação entre sintomas depressivos e ansiosos presentes nessa população, satisfação no trabalho e debilidade percebida (ROGANTE *et al.*, 2019). Os resultados demonstraram uma relação positiva e significativa entre a debilidade percebida, ansiedade e depressão, ou seja, quanto mais sintomas de ansiedade e depressão relatados, mais o paciente sentia a sua cefaleia como intolerável. Quanto a satisfação no trabalho, foi demonstrada uma relação negativa com a depressão e a ansiedade.

Isso significa que quanto mais sintomas de depressão e ansiedade foram reportados pelo paciente, menor foi a sua satisfação no trabalho. Esses resultados abrem espaço para considerar se as comorbidades da depressão e ansiedade teriam um papel mais importante no absenteísmo e menor rendimento do trabalhador com cefaleia do que propriamente as dores de cabeça que configuram o quadro.

Um estudo brasileiro realizado com uma amostra de 15.105 participantes, destacou que a presença de cefaleia se correlacionou positivamente com a elevada demanda no trabalho, baixo controle do trabalho e baixo suporte social (SANTOS *et al.*, 2014). Os pesquisadores apontaram uma correlação positiva e forte entre a cefaleia e os trabalhos de alta exigência (*high-strain jobs*), os quais combinam baixo salário, alta demanda e baixo controle.

### 4.3 Síntese do capítulo

Os estudos apresentados neste capítulo destacaram que a cefaleia é uma condição que apresenta interações com diversos fatores emocionais, tais como ansiedade, depressão, estresse, raiva e agressividade, bem como se relaciona com alguns transtornos psiquiátricos, como o transtorno do humor bipolar. Apesar das evidências que mostraram a relação entre esses fatores, a maneira pela qual eles se relacionam não é clara.

De forma geral, os estudos indicaram que os indivíduos com cefaleia apresentam alta prevalência de depressão e ansiedade (GOULART *et al.*, 2014; LOUTER *et al.*, 2014; SONG *et al.*, 2016). Esta última, foi destacada como a comorbidade mais comum entre os pacientes com cefaleia, e teve maiores impactos negativos reportados por eles (PERES *et al.*, 2017). Além disso, a depressão e a ansiedade foram relacionadas a um aumento da frequência e intensidade da dor (SONG, 2016).

Alguns estudos explicaram a prevalência de depressão e ansiedade em pacientes com cefaleia por meio de uma justificativa bioquímica (BASKIN; SMITHERMAN, 2009; GONDA *et al.*, 2007). Ainda que essa compreensão seja relevante, ela conduz a uma linha de raciocínio puramente fisiológica. Considera-se que os aspectos sociais e psicológicos devem ser levados em consideração a fim de traçar um entendimento mais amplo acerca dessa temática.

O estresse, além de ser popularmente associado a cefaleia, foi um fator bastante abordado nas pesquisas sobre o tema (FUKUI *et al.*, 2008; WÖBER *et al.*, 2006). Alguns estudos apontaram uma relação positiva entre estresse e ataques de cefaleia (LIPTON *et al.*, 2014; SCHRAMM *et al.*, 2014). No campo experimental, as pesquisas mostraram que é possível gerar ataques de cefaleia a partir de variados estímulos estressores (MARTIN; SENEVIRATNE, 1997; MARTIN *et al.*, 1999; MARTIN; TODD; REECE, 2005). A percepção dos participantes a respeito de quais situações de estresse seriam consideradas como desencadeadoras de crises de cefaleia não foram abordadas nos estudos incluídos nesta revisão. Essa lacuna foi abordada no questionário aplicado na presente pesquisa (Apêndice C).

Outro fator emocional referido na literatura sobre o tema foi a expressão da agressividade e da raiva nos indivíduos com cefaleia. Essa temática foi inicialmente desenvolvida pelo campo da psicanálise, em um contexto clínico, e, posteriormente, foi testada de maneira experimental. Os estudos da psicanálise foram os primeiros a sugerir a participação de fatores psíquicos na causa da cefaleia. De acordo com essa perspectiva, a dificuldade em expressar os sentimentos de raiva e hostilidade, principalmente em direção às figuras parentais, deslocaria a agressividade para o ego, gerando a cefaleia como um sintoma do conflito psíquico (FROMM-REICHMANN, 1937/2013; MONSOUR, 1957/2017). A hipótese proveniente da psicanálise foi confirmada por meio de estudos quantitativos que demonstraram que a dificuldade na expressão da agressividade e da raiva eram experiências comuns em pacientes com cefaleias, os quais demonstraram uma tendência a exercer controle excessivo sobre essa expressão emocional (ABBATE-DAGA *et al.*, 2007; NICHOLSON *et al.*, 2003) ou expressá-la de maneira descontrolada (PEROZZO *et al.*, 2005).

O trauma foi outro tema relacionado à cefaleia nos estudos levantados nesta revisão. Foi comum entre eles, os relatos de experiências traumáticas (abusos físicos ou emocionais, negligência na infância, entre outros) em indivíduos com cefaleia (ANDA *et al.*, 2010; FUH *et al.*, 2010). Esses achados também foram relacionados aos sintomas de depressão e ansiedade nesta população (FUH *et al.*, 2010; ANDA *et al.*, 2010). Os estudos sobre o trauma fazem uma ponte com aqueles que abordaram o estresse na cefaleia, a exemplo da pesquisa de Hassinger, Semenchuk e O'Brien (1999), que destacou que indivíduos com cefaleia demonstravam maior dificuldade para lidar com situações estressantes – entende-se que essas situações poderiam

corresponder à dificuldade em lidar com os ataques de dor de cabeça, bem como, com as situações ou eventos traumáticos.

Os estudos descritos neste capítulo chamaram a atenção para a relevância social das pesquisas acerca da cefaleia, uma vez que esse quadro impacta negativamente diversos aspectos da vida dos pacientes que sofrem com os seus sintomas, bem como a sociedade de maneira geral (STOVNER *et al.*, 2018). Por fim, cabe destacar a relevância científica do presente estudo, pois, até onde nos foi dado a conhecer, os trabalhos sobre a cefaleia no campo da psicologia analítica são escassos.

## **5 MÉTODO**

### **5.1 Objetivo geral**

Compreender, de um ponto de vista simbólico, a cefaleia em adultos, investigando possíveis reflexões, fantasias, emoções, sentimentos e percepções frente a esse quadro, bem como as suas possíveis associações com a depressão e a ansiedade.

### **5.2 Objetivos específicos**

Investigar as percepções e emoções dos participantes quanto ao seu quadro de cefaleia.

Observar quais são as vivências simbólicas dos participantes em relação a cefaleia.

Observar se os participantes são capazes de associar alguma cena, imagem ou história a sua cefaleia.

Investigar se as cenas, histórias ou imagens que os participantes usam para descrever sua cefaleia se associam a determinados tipos de sentimentos ou emoções.

Averiguar o nível de ansiedade e depressão nos participantes.

Explorar as vivências pessoais dos participantes em relação a sua cefaleia.

Investigar as estratégias utilizadas pelos participantes para enfrentar a dor da cefaleia.

### **5.3 Características do estudo**

Este trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa exploratória de método misto. Para Stake (2011), toda a ciência é uma mescla de pensamentos qualitativos e

quantitativos, pois ambos movimentam o campo de investigação e elucidam diferentes aspectos dos fenômenos. A pesquisa qualitativa se debruça sobre o aspecto único e temporalmente localizado, enfocando as especificidades de um fenômeno. Já a pesquisa quantitativa, busca identificar os elementos universais e mecanismos de funcionamento dos fenômenos. Essas duas lógicas foram aplicadas neste estudo para construir reflexões sobre a cefaleia.

Tratou-se de uma pesquisa de caráter exploratório, pois teve como finalidade, principalmente, aplicar um método ou teoria a um novo contexto, a fim de ampliar o entendimento acerca do fenômeno investigado e seu campo de estudos, contribuindo para que pesquisas futuras possam se aproximar do fenômeno de maneiras mais precisas ou modificar elementos teóricos. Nesse tipo de estudo, de maneira geral, são utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados: entrevistas, observação e aplicação de tarefas, instrumentos ou atividade para análise de conteúdo (LAKATOS; MARCONI, 2003). De acordo com Stake (2011), a pesquisa exploratória tem como principal vantagem a possibilidade de interpretação do conteúdo trazido pelos participantes. Neste trabalho a abordagem interpretativa seguiu as perspectivas teóricas da psicologia analítica e da psicossomática junguiana.

A pesquisa contou com duas etapas integrando informações quantitativas e qualitativas. A primeira delas consistiu na aplicação de um questionário *online*, e a segunda, em uma entrevista com alguns participantes, que permitiu uma aproximação mais detalhada dos resultados obtidos na primeira etapa do estudo.

## **5.4 Participantes**

Adultos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que declararam sofrer de cefaleias (autorrelato) e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B).

### *5.4.1 Critério de exclusão*

Foram excluídos os participantes menores de 18 anos ou que não relataram a presença de quadro de cefaleia.

## 5.5 Local

A pesquisa foi realizada de maneira *online*. Para a aplicação do questionário, na primeira etapa, foi utilizada a plataforma *Survey Monkey*, e na segunda etapa, as entrevistas foram realizadas por meio de chamadas de vídeo utilizando as plataformas *Skype* ou *WhatsApp* de acordo com a preferência dos participantes.

## 5.6 Instrumentos

### 5.6.1 *Questionário de cefaleia*

O questionário de cefaleia (Apêndice C) foi elaborado pelo pesquisador e teve como base o levantamento de pesquisas desenvolvidas na área das cefaleias relacionadas com emoções e transtornos psiquiátricos e o ICHD-3 (SINAPSE, 2018). Esse questionário buscou coletar informações sobre o tipo, intensidade e frequência das cefaleias, bem como investigar as impressões, emoções e fantasias que os participantes atribuíam ao seu quadro.

### 5.6.2 *Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)*

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) é uma escala que foi desenvolvida em 1996 pelos psicólogos Aaron Beck, Robert Steer e Gregory Brown e validada no Brasil por Clarice Gorstein e colaboradores em 2011 (BECK; STEER; BROWN, 2014). Esse instrumento tem como objetivo avaliar o grau de depressão dos respondentes e está baseado num modelo cognitivo, conhecido como tríade cognitiva, que separa os pensamentos em três esferas: pensamentos negativos sobre si, sobre os outros e sobre o mundo/futuro (BECK; STEER; BROWN, 2014). Dentro dessa perspectiva, a quantidade e a gravidade dos pensamentos negativos avaliados nas diferentes esferas podem ser indicativos de um quadro de depressão. O BDI-II contém 21 perguntas e seu resultado é dado em quatro categorias, a saber: depressão mínima, depressão leve, depressão moderada e depressão severa. A sua aplicação leva de 5 a 10 minutos e pode ser realizada em população de 17 a 80 anos. O inventário utilizado nesta pesquisa foi adaptado pelo pesquisador para o uso *online*.

### 5.6.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi desenvolvido pelo psicólogo Aaron Beck e seus colaboradores e validado no contexto brasileiro por Cunha (2001). Tem como intuito avaliar sintomas comuns de ansiedade e seu grau. Os resultados desse instrumento são dados em quatro categorias: ansiedade mínima, ansiedade leve, ansiedade moderada e ansiedade grave. A sua aplicação leva cerca de 5 a 10 minutos e pode ser realizada por pessoas com idades de 17 a 80 anos. Esse inventário foi adaptado no contexto do presente trabalho para o uso *online*.

### 5.6.4 Entrevista estruturada

A entrevista estruturada (Apêndice D) foi construída pelo pesquisador e teve por objetivo expandir o material coletado por meio do questionário *online*. As questões elaboradas focaram principalmente nas emoções vivenciadas e nos conteúdos simbólicos (cenários, imagens ou histórias) que foram relatados pelos participantes no questionário *online*.

## 5.7 Procedimentos

### 5.7.1 Procedimento de captação de participantes

A divulgação do convite para a participação na pesquisa foi realizada nas plataformas virtuais Facebook e WhatsApp e a captação de participantes seguiu o procedimento de bola de neve (VINUTO, 2014).

Inicialmente, foi realizado no Facebook um levantamento de grupos que tratavam da temática da cefaleia. A busca se deu por meio dos seguintes termos: “dores crônicas”, “cefaleias”, “enxaqueca”, “enxaqueca tensional” e “dor de cabeça”. Dentre os resultados, foram selecionados os grupos com no mínimo cem participantes, foram eles: “Cefaleia crônica”, “Cefaleia em salvas – grupo de apoio aos sofredores”, “Cefaleia Tensional Crônica”, “Enxaquecas e outras dores relacionadas a cabeça”, “Enxaqueca e dor de cabeça crônica”, “Dor de cabeça”, “Grupo de apoio para tratamento da enxaqueca”, “Enxaqueca e dor de cabeça” e “Enxaqueca com aura hemiplégica”. O pesquisador entrou em contato com os administradores de cada

página e pediu autorização para lançar o convite da pesquisa em seus grupos, o qual seguiu o seguinte modelo:

Olá a todos presentes no grupo, sou psicólogo e aluno de mestrado na PUC-SP e estou realizando uma pesquisa sobre dores de cabeça com o título "Cefaleias: um estudo sobre as emoções, percepções e fantasias nas dores de cabeça", que tem como objetivo investigar reflexões, fantasias, emoções, sentimentos e percepções das pessoas que sofrem de dor de cabeça em relação a sua dor. Convido todos os adultos do grupo (maiores de 18 anos) que sofrem com algum tipo de dor de cabeça (enxaqueca, tensional, em salvas ou qualquer outra) a contribuírem com a pesquisa. Essa primeira etapa consiste na aplicação dos inventários de Beck para depressão e ansiedade e um questionário, o tempo esperado de aplicação é de 25 a 30 minutos. Todas as considerações éticas para o trabalho serão garantidas, bem como o sigilo quanto a identidade dos participantes (anonimato), você pode deixar a pesquisa a qualquer momento. Qualquer dúvida o contato do pesquisador será disponibilizado ao final da pesquisa. Se possível peço aos participantes que divulguem a pesquisa para pessoas de seu círculo social que apresentem o quadro de cefaleia. Link: [https://pt.surveymonkey.com/r/dordecabeca?fbclid=IwAR1yXtjBf5Gu2qj2YE0i-cBvz7hYBxVU4c45M\\_Gg4oYEtOcLOeauyoFpMCo](https://pt.surveymonkey.com/r/dordecabeca?fbclid=IwAR1yXtjBf5Gu2qj2YE0i-cBvz7hYBxVU4c45M_Gg4oYEtOcLOeauyoFpMCo)  
Obrigado por sua contribuição.

Outra forma de divulgação da pesquisa se deu por meio da rede de contatos do pesquisador que enviou o mesmo modelo de convite com o link da pesquisa via WhatsApp para colegas médicos (principalmente neurologistas) e psicólogos que atendessem ou conhecessem pessoas com queixas de cefaleia. Foi solicitado a todos os respondentes que repassassem o convite da pesquisa para possíveis participantes.

#### *5.7.2 Procedimento de coleta de dados*

Por meio do link divulgado no convite da pesquisa, os participantes eram conduzidos à uma página contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual deveria ser respondido para que tivesse início a pesquisa propriamente dita. Após o aceite do termo, os participantes respondiam os instrumentos na seguinte ordem: questionário de cefaleia (Apêndice C), Inventário de Depressão de Beck-II (BAI-II) e Inventário de Ansiedade de Beck (BDI). Por fim, os participantes eram perguntados se concordariam em participar da segunda etapa da pesquisa que consistiria em uma entrevista. Aqueles que aceitassem, eram

conduzidos a uma página solicitando o seu e-mail ou número de telefone para que o pesquisador entrasse em contato.

Sessenta e duas pessoas concordaram em participar da segunda etapa, dentre as quais oito foram selecionadas aleatoriamente e participaram da entrevista. Esse número foi estabelecido por critério de saturação.

O pesquisador entrou em contato com os participantes sorteados aleatoriamente e os informou a respeito dos procedimentos da segunda etapa. Nessa ocasião, as entrevistas foram agendadas com aqueles que se dispuseram a participar. No dia e horário combinados, o pesquisador chamava o participante por meio de Skype ou WhatsApp e apresentava, inicialmente, um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Após assinarem o termo, as entrevistas tinham início utilizando o roteiro descrito no Apêndice D.

### *5.7.3 Cálculo amostral*

O cálculo amostral foi realizado por meio do programa *GPower* versão 3.1.9.4 (FAUL *et al.*, 2007). No cálculo foi considerado que este estudo contemplasse análise de regressão múltipla com até três variáveis explicativas. As seguintes premissas foram consideradas: tamanho do efeito ( $f^2$ ) esperado de 0,1; erro do tipo I ( $\alpha$ ) de 5%; poder do teste ( $1-\beta$ ) de 95%; e hipótese bilateral. Com isso foi obtida uma amostra mínima de 132.

### *5.7.4 Procedimento ético*

Antes de executar a coleta de dados, esta pesquisa teve o seu projeto avaliado pelo Comitê de Ética em pesquisa de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Como procedimento ético, o participante foi esclarecido quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido nas duas etapas do estudo. Os documentos foram redigidos de acordo com as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, previstas no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e seus modelos constam em apêndice no presente trabalho (Apêndices A e B). Esta pesquisa foi aprovada sob o CAAE: 44193521.6.0000.5482.

## 6 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados das análises das informações coletadas nas duas etapas da pesquisa. Inicialmente, descreve-se a análise quantitativa dos resultados do questionário de cefaleia e dos inventários de depressão e ansiedade de Beck (BDI-II e BAI, respectivamente). Nessa seção são descritas as correlações estabelecidas por análises estatísticas. Em seguida, apresenta-se a análise qualitativa das imagens, cenas e histórias que foram coletadas por meio do questionário de cefaleia e, por fim, descreve-se as análises das entrevistas.

### 6.1 Análise quantitativa

As informações quantitativas foram analisadas por meio do programa IBM SPSS versão 25.31 (IBM, 2017). Foi adotado o nível de significância de 0,05. Em função da distribuição normal das variáveis, testada pelo teste de Shapiro-Wilk, foram utilizados testes paramétricos. O procedimento de análise inferencial foi realizado por meio da correlação de Pearson entre as variáveis numéricas, ordinais e binárias. A interpretação do tamanho do efeito foi estabelecida conforme proposto por Evans (1996): muito fraca (de 0,00 a 0,19); fraca (de 0,20 a 0,39); moderada (de 0,40 a 0,59); forte (de 0,60 a 0,79) e muito forte (de 0,80 a 0,99). Apenas as correlações com valor de  $r$  de Pearson maior ou igual a 0,2 foram mantidas.

#### 6.1.1 Descrição da amostra

A seguir, são descritas as características gerais dos participantes da pesquisa.

**Tabela 1 – Dados descritivos da amostra**

Variável	Frequência (n=133)
Idade	
18 a 29 anos	34 (25,6%)
30 a 39 anos	31 (23,3%)
40 a 49 anos	33 (24,7%)
50 a 59 anos	19 (14,3%)
60 a 69 anos	13 (9,8%)
70 +	3 (2,3%)

**Tabela 1 – Dados descritivos da amostra – cont.**

<b>Variável</b>	<b>Frequência (n=133)</b>
Gênero	
Feminino	118 (88,7%)
Masculino	15 (11,3%)
Estado civil	
Solteira(o)	40 (30,1%)
Casada(o) / União estável	69 (51,8%)
Divorciada(o)	19 (14,3%)
Viúva(o)	5 (3,8%)
Escolaridade	
Ensino fundamental completo	1 (0,8%)
Ensino médio incompleto	2 (1,5%)
Ensino médio completo	19 (14,3%)
Ensino superior incompleto	18 (13,5%)
Ensino superior completo	43 (32,3%)
Pós-graduação	50 (37,6%)

Fonte: dados da pesquisa.

O estudo analisou a resposta de 133 participantes com idades entre 18 e 70 anos ou mais. A maioria dos participantes estava na faixa etária entre 18 e 49 anos (73,6%), e o maior número deles tinha idades entre de 18 e 29 anos (25,6%). A maioria dos participantes se identificou com o gênero feminino (88,7%), estado civil casado (51,8%) e nível de escolaridade de pós-graduação (37,6%). A soma dos participantes que declararam possuir ensino superior completo e pós-graduação teve como resultado mais da metade dos participantes (69,9%).

### 6.1.2 Resultados do questionário de cefaleia

**Tabela 2 – Características das dores de cabeça**

<b>Características das dores de cabeça</b>	<b>Frequência (n=133)</b>
Diagnóstico médico	
Cefaleia ou dor de cabeça em salvas	3 (2,3%)
Cefaleia ou dor de cabeça tensional	18 (13,4%)
Cefaleia refratária	1 (0,8%)
Enxaqueca com aura	30 (22,6%)

**Tabela 2 – Características das dores de cabeça – cont.**

<b>Características das dores de cabeça</b>	<b>Frequência (n=133)</b>
Enxaqueca sem aura	21 (15,8%)
Não sei	7 (5,3%)
Outro	3 (2,3%)
Não tem	50 (37,6%)
Sua dor foi considerada crônica pelo médico? (apenas quem possui diagnóstico médico; n= 83)	
Não	10 (12,0%)
Sim	73 (88,0%)
Minha dor é	
Na forma de pontada, muito intensa, somente em um lado da cabeça, atrás da região do olho	32 (24,1%)
Na forma de pontadas, como facadas, geralmente somente em um lado da cabeça	33 (24,8%)
Tensional, como uma pressão ou aperto, geralmente nos dois lados da cabeça, sensação de estar usando um capacete	49 (36,8%)
Outro tipo de dor	19 (14,3%)
Intensidade da dor	
Muito leve	3 (2,3%)
Leve	6 (4,5%)
Moderada	26 (19,5%)
Intensa	54 (40,6%)
Muito intensa	35 (26,3%)
Grave	9 (6,8%)
Quanto tempo possui dor de cabeça?	
Até 6 meses	9 (6,8%)
De 6 meses a 1 ano	8 (6,0%)
De 1 a 3 anos	11 (8,3%)
De 3 a 5 anos	10 (7,5%)
De 5 a 10 anos	25 (18,8%)
Mais de 10 anos	70 (52,6%)
Duração dor de cabeça	
Menos de 30 minutos	7 (5,3%)
De 30 minutos a 1 hora	11 (8,3%)
De 1 a 3 horas	19 (14,2%)
De 3 a 6 horas	13 (9,8%)
De 6 a 12 horas	18 (13,5%)
Mais de 12 horas	7 (5,3%)
O dia todo	58 (43,6%)

**Tabela 2 – Características das dores de cabeça – cont.**

<b>Características das dores de cabeça</b>	<b>Frequência (n=133)</b>
<b>Frequência da dor de cabeça</b>	
Em média, uma vez a cada três meses	20 (15%)
Em média menos de uma vez a cada três meses	9 (6,8%)
Em média, uma vez a cada quinze dias	27 (20,3%)
Em média, uma vez por semana	18 (13,6%)
Em média, mais de uma vez por semana	24 (18,0%)
Todos os dias	35 (26,3%)
<b>Possui aura?</b>	
Não	68 (51,1%)
Sim	65 (48,9%)
<b>Sua dor de cabeça afeta suas tarefas diárias?</b>	
Não afeta	23 (17,3%)
Muito pouco	10 (7,5%)
Moderadamente	43 (32,4%)
Intensamente	43 (32,3%)
Gravemente	14 (10,5%)

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 2 são descritas as características das dores de cabeça segundo o relato dos participantes. A maioria deles referiu ter recebido um diagnóstico médico sobre a sua dor de cabeça (62,5%), ao passo que os que não receberam representaram 37,6% da amostra. Dentre os participantes diagnosticados, a enxaqueca com aura (22,6%) foi o diagnóstico mais reportado, e a maioria dos quadros foi considerado crônico pelos médicos (88,0%). Em relação ao tipo de dor, a dor tensional com aperto nos dois lados da cabeça foi a mais relatada (36,8%). Quanto a sua intensidade, 40,6% a descreveram como intensa, e 93,2% com intensidade de moderada a grave.

A maioria dos participantes respondeu que sofre com as dores há mais de dez anos (52,6%). Em termos de duração dos ataques, 62,4% referiu que as dores duram mais de 6 horas por dia, e 43,6% que duram o dia todo. Quanto a frequência da dor, 26,3% dos participantes responderam que sentem dor todos os dias, e 57,9% responderam sentir dor, em média, mais de uma vez a cada quinze dias.

No que diz respeito a aura, a maioria dos participantes relatou não sentir esses sintomas (51,1%), ainda que a quantidade de participantes com aura seja considerável (48,9%). Por fim, 32,4% referiu que as dores de cabeça afetam moderadamente as suas atividades diárias, e, um número significativo de participantes declarou que afetam de moderadamente a gravemente o seu dia (75,2%).

**Tabela 3 – Eventos ou situações que marcaram o período de início das dores de cabeça**

<b>Evento ou situação</b>	<b>Frequência (n=133)</b>
Problemas relacionais	36 (27,1%)
Estresse	22 (16,5%)
Morte de ente querido	16 (12,0%)
Diagnóstico de outra doença que não a enxaqueca	13 (9,8%)
Mudança de cargo ou tipo de trabalho	11 (8,3%)
Início do período menstrual	8 (6,0%)
Rebaixamento de situação socioeconômica	7 (5,3%)
Perda de emprego	7 (5,3%)
Problemas não especificados na infância	6 (4,5%)
Mudança de residência	5 (3,8%)
Alteração na alimentação	5 (3,8%)
Fim de relacionamento amoroso	4 (3,0%)
Nascimento do filho	3 (2,3%)
Insônia	2 (1,5%)
Casamento	1 (0,8%)
Dependência de drogas	1 (0,8%)

Fonte: dados da pesquisa.

Os participantes foram indagados sobre o que estava acontecendo em suas vidas na época em que as dores de cabeça tiveram início. À esta pergunta eles nomearam algumas situações ou eventos que marcaram a inauguração dos seus quadros, dentre os quais destacaram: problemas relacionais (27,1%), estresse não especificado (16,5%) e morte de ente querido (12,0%) – a soma dessas três situações corresponde a 55,6% dos relatos (Tabela 3).

**Tabela 4 – Emoções ou sentimentos relacionados às dores de cabeça**

<b>Pergunta do questionário</b>	<b>Frequência</b>
Você acredita que suas dores de cabeça pioram ou são desencadeadas por questões emocionais? (n=133)	
Não	26 (19,5%)
Sim	107 (80,5%)
Quais emoções ou sentimentos estão relacionadas às dores de cabeça? (n=107)	
Ansiedade	100 (75,2%)
Raiva	65 (48,9%)
Tristeza	48 (36,1%)
Medo	45 (33,8%)
Alegria	8 (6,0%)
Nojo	1 (0,8%)
Outras	10 (7,6%)

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 4 ilustra a frequência das respostas às perguntas sobre os sentimentos ou emoções que os participantes relacionavam a piora ou desencadeamento das suas dores de cabeça. Dos 133 participantes, 107 (80,5%) relataram acreditar que suas dores pioram ou são desencadeadas por questões emocionais, dentre estes, as emoções ou sentimentos mais referidos foram: ansiedade (75,2%), raiva (48,9%), tristeza (33,8%) e medo (33,8%). Note-se que cada participante poderia selecionar mais de uma emoção ou sentimento dentre os que foram descritos no questionário.

**Tabela 5 – Eventos marcantes, impactantes ou estressantes que podem piorar ou desencadear a cefaleia**

<b>Pergunta do questionário</b>	<b>Frequência</b>
Você percebe que eventos marcantes, impactantes ou estressantes podem piorar ou desencadear sua cefaleia? (n=133)	
Não	30 (22,6%)
Sim	103 (77,4%)
Quais eventos? (n=103)	
Problemas relacionais	50 (37,6%)
Morte de ente querido	48 (36,1%)
Fim de relacionamento amoroso	35 (26,3%)
Perda de emprego	30 (22,6%)

**Tabela 5 – Eventos marcantes, impactantes ou estressantes que podem piorar ou desencadear a cefaleia – cont.**

<b>Pergunta do questionário</b>	<b>Frequência</b>
Diagnóstico de outra doença que não a enxaqueca	29 (21,8%)
Rebaixamento de situação socioeconômica	27 (20,3%)
Mudança de cargo ou tipo de trabalho	14 (10,5%)
Estresse	13 (9,8%)
Notícia de gravidez ou de que a parceira está grávida	9 (6,8%)
Mudança de residência	9 (6,8%)
Casamento	9 (6,8%)
Encarceramento	6 (4,5%)
Dependência de drogas	6 (4,5%)
Aposentadoria	3 (2,3%)
Nascimento do filho	2 (1,5%)
Outras	12 (9,0%)

Fonte: dados da pesquisa.

Apenas 22,6% dos participantes não relacionou o quadro de cefaleia a eventos de impacto ou estresse, ao passo que 77,4% deles nomearam alguns eventos marcantes, impactantes ou estressantes que percebiam piorar ou desencadear sua cefaleia. Dentre eles os mais referidos foram: problemas relacionais (37,6%), morte de ente querido (36,1%), fim de relacionamento amoroso (26,3%) e perda de emprego (22,6%).

**Tabela 6 – Eventos comuns ou recorrentes que provocam ou pioram a cefaleia**

<b>Pergunta do questionário</b>	<b>Frequência</b>
Você percebe que alguns eventos comuns, recorrentes provocam ou pioram sua cefaleia? (n=133)	
Não	39 (29,3%)
Sim	94 (70,7%)
Quais eventos? (n=107)	
Estresse	48 (36,1%)
Ansiedade	9 (6,8%)
Problemas conjugais	6 (4,5%)
Alterações de estímulos	4 (3,0%)
Sono	4 (3,0%)
Menstruação	3 (2,3%)
Alimentação	1 (0,8%)
Doença	1 (0,8%)
Outros	1 (0,8%)

Fonte: dados da pesquisa.

Para a maioria dos participantes (70,7%), alguns eventos que são comuns e recorrentes no cotidiano estão associados à piora ou desencadeamento da cefaleia. Dentre eles os mais referidos foram: estresse (36,1%), ansiedade (6,8%), problemas conjugais (4,5%) e alteração de estímulos (3,0%). Essas situações foram nomeadas pelos participantes em uma pergunta aberta e corresponderam a 50,4% das respostas. Apenas 39 participantes (29,3%) declararam que não percebiam uma relação entre a piora ou início do episódio de dor e eventos comuns ou recorrentes (Tabela 6).

**Tabela 7 – Estratégias para lidar com a dor de cabeça**

<b>Pergunta do questionário</b>	<b>Frequência (n=133)</b>
Principais estratégias para lidar com a dor de cabeça (n=133)	
Tomar medicamento analgésico	114 (85,7%)
Afastamento de estímulos	75 (56,4%)
Dormir	55 (41,4%)
Evitar certos alimentos	47 (35,3%)
Usar técnicas de relaxamento	42 (31,6%)
Usar compressas quentes ou frias	38 (28,6%)
Tentar ignorar a dor se distraindo	24 (18,0%)
Fazer exercícios físicos	19 (14,3%)
Tentar usar algum remédio natural	17 (12,8%)
Tentar mudar de humor pensando em coisas alegres ou agradáveis	12 (9,0%)
Não faz nada, apenas aguarda passar	12 (9,0%)
Comer mais certos tipos de alimento	11 (8,3%)
Tomar vitaminas ou suplementos alimentares	11 (8,3%)
Conversar com alguém sobre a dor de cabeça	9 (6,8%)
Tomar bebidas alcoólicas	4 (3,0%)
Você sente que suas estratégias são eficazes no controle da cefaleia?	
Sim	85 (59,03%)
Não	59 (40,97%)
De forma geral, quão confiante você se sente em sua capacidade de lidar com a dor de cabeça?	
Não me sinto nada confiante	26 (19,5%)
Me sinto muito pouco confiante	11 (8,3%)
Me sinto pouco confiante	39 (29,3%)
Me sinto moderadamente confiante	40 (30,1%)
Me sinto muito confiante	17 (12,8%)

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 7 são descritas as principais estratégias que os participantes referiram usar para lidar com as suas dores de cabeça, se sentem que elas são eficazes no manejo da dor e o quão confiantes se sentem na sua capacidade para lidar com ela. Dentre uma lista de estratégias para lidar com a dor de cabeça que eram apresentadas no questionário, os participantes selecionaram algumas delas e as que se destacaram com maiores frequências foram, em ordem decrescente: tomar analgésico (85,7%), afastar-se de estímulos (56,4%) e dormir (41,4%). A maioria dos participantes referiu que sentem que as suas estratégias são eficazes no controle da cefaleia (59,03%), contudo, para 40,97% as estratégias que dispõem não são eficazes. Em relação a quanto se sentem confiantes na capacidade para lidar com a dor de cabeça, a maioria dos participantes respondeu que se sentiam nada ou pouco confiantes (57,1%) e 30,1% moderadamente confiantes.

**Tabela 8 – Cenas, imagens e histórias**

Pergunta do questionário	Frequência (n=133)
Se fosse possível transformar sua dor de cabeça em uma cena, imagem ou história, como ela seria?	
Responderam	122 (91,7%)
Não responderam	11 (8,2%)

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 9 – Emoções ou sentimentos relacionados as cenas, imagens e histórias**

Emoções ou sentimentos relatados	n	Frequência (n=133)	Frequência válida <sup>1</sup>
Tristeza	26	19,5%	23,2%
Ansiedade	22	16,5%	19,6%
Medo	17	12,8%	15,2%
Impotência	14	10,5%	12,5%
Raiva	10	7,5%	8,9%
Angústia	10	7,55%	8,9%
Nojo	4	3,0%	3,6%
Outros	9	6,8%	8,0%
Não respondeu	21	15,8%	-

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: <sup>1</sup>A frequência válida corresponde ao cálculo da frequência considerando as respostas dos participantes que não responderam.

Os participantes foram solicitados a representar a sua dor de cabeça em uma imagem, cena ou história. À essa pergunta, 122 participantes responderam, o que corresponde a 91,7% da amostra (Tabela 8). A análise das respostas à essa pergunta foi qualitativa e sua descrição consta na seção 6.2 deste capítulo. Em seguida, eles descreveram as emoções ou sentimentos que associavam a sua representação. A Tabela 9 descreve as emoções ou sentimentos que foram relatados. A tristeza foi a emoção mais reportada, com frequência de 19,5% de participantes que associaram a tristeza às suas representações. Em segundo lugar, foi a ansiedade (16,5%), seguida do medo (12,8%) e impotência (10,5%). Assim, tristeza, ansiedade, medo e impotência correspondem às emoções e sentimentos mais reportados pelos participantes (59,3%).

### 6.1.3 Resultados dos inventários de depressão e ansiedade de Beck (BDI-II e BAI)

A análise e categorização das respostas dos participantes aos inventários de depressão e ansiedade ocorreu conforme descrito abaixo (Tabelas 10 e 11):

**Tabela 10 – Classificação da pontuação BDI-II**

Pontuação	Severidade
0 – 13	Mínimo/Sem depressão
14 – 19	Depressão leve
20 – 28	Depressão moderada
29 – 63	Depressão grave

Fonte: Beck, Steer e Brown (2014).

**Tabela 11 – Classificação da pontuação BAI**

Pontuação	Severidade
0 – 10	Mínimo/Sem ansiedade
11 – 19	Ansiedade leve
20 – 30	Ansiedade moderada
31 – 63	Ansiedade severa

Fonte: Cunha (2001).

**Tabela 12 – Pontuações do BDI-II e BAI**

<b>Escala</b>	<b>M (DP) n=133</b>	<b>IC 95%</b>
BDI-II (pontuação total)	19,14 (12,64)	16,97-21,30
BAI (pontuação total)	18,74 (12,10)	16,67-20,82

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: M (DP): média e desvio-padrão.

IC 95%: Intervalo de confiança a 95%.

**Tabela 13 – Categorias BAI e BDI-II**

<b>Categorias</b>	<b>Frequência (n=133)</b>
<b>BAI</b>	
Mínimo/Sem ansiedade	36 (27,1%)
Ansiedade leve	47 (35,3%)
Ansiedade moderada	25 (18,8%)
Ansiedade severa	25 (18,8%)
<b>BDI-II</b>	
Mínimo/Sem depressão	53 (39,8%)
Depressão leve	24 (18,0%)
Depressão moderada	31 (23,4%)
Depressão grave	25 (18,8%)

Fonte: dados da pesquisa.

Como mostra a Tabela 12, a média da pontuação dos participantes no BDI-II foi de 19,14, com um intervalo de confiança entre 16,97 a 21,30, assim, a média dos participantes desta pesquisa estaria no intervalo que corresponde a depressão leve ou moderada. No BAI, a média da pontuação foi de 18,74 e intervalo de confiança entre 16,67 a 20,82. Essa pontuação incluiria a média dos participantes no intervalo que corresponde a ansiedade leve ou moderada. A maioria dos participantes apresentou um resultado entre mínimo e leve tanto para a depressão (62,4%) como para ansiedade (57,8%) (Tabela 13).

#### 6.1.4 Análise de correlações

**Tabela 14 – Correlações entre a presença de diagnóstico médico e características da dor de cabeça**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Presença de diagnóstico médico	Intensidade dor de cabeça	0,46**	0,32-0,59
	Tempo dor de cabeça	0,43**	0,29-0,56
	Duração ataques dor de cabeça	0,37**	0,22-0,51
	Frequência dor de cabeça	0,40**	0,25-0,54
	Quanto afeta tarefas diárias	0,30**	0,14-0,45

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*\*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

A presença de diagnóstico médico relativo ao quadro de dor de cabeça se correlacionou de maneira positiva e moderada com as seguintes variáveis: intensidade da dor de cabeça (0,46), tempo com dor de cabeça (0,43) e frequência da dor de cabeça (0,40). Verificou-se, ainda, correlação positiva e fraca com a duração dos ataques de dor de cabeça (0,37) e o quanto ela afeta as tarefas diárias (0,30) (Tabela 14). Esses resultados apontam que os participantes que apresentaram diagnóstico médico para sua cefaleia demonstraram maiores chances de relatar mais intensidade das dores de cabeça, mais tempo com a dor de cabeça, maior duração dos ataques de dor de cabeça, maior frequência de dor de cabeça e maior chance de ter suas tarefas diárias afetadas pela dor.

**Tabela 15 – Correlações entre a intensidade da cefaleia e outras variáveis**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Intensidade da cefaleia	Tempo com dor de cabeça	0,39**	0,24-0,53
	Duração ataques de dor de cabeça	0,50**	0,37-0,62
	Frequência da dor de cabeça	0,29*	0,13-0,44
	Estratégia: afastar estímulos	0,28*	0,12-0,43
	Estratégias: acredita na eficácia?	-0,27*	-0,43- -0,11
	Estratégias: se sente confiante?	-0,44**	-0,57- -0,3

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,05 (bicaudal)

\*\*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Verificaram-se correlações positivas e fracas entre a intensidade da cefaleia e o tempo com dor de cabeça (0,39), frequência da dor de cabeça (0,29) e estratégia

de afastar estímulos (0,28). Quanto à duração dos ataques de dor de cabeça, a correlação foi positiva e moderada (0,50). Entende-se que, segundo os participantes deste estudo, quanto maior era a intensidade da dor de cabeça reportada, maiores eram as chances de relatarem mais tempo com dor, maior frequência e duração de seus ataques. Destacaram-se, também, as correlações negativas entre a intensidade da cefaleia e as variáveis: acreditar na eficácia das estratégias (-0,27) e se sentir confiante em relação às estratégias empregadas (-0,44). Essas correlações foram fraca e moderada, respectivamente. Isso quer dizer que, quanto maior foi a intensidade da dor referida pelos participantes, menores foram as crenças e a confiança na eficácia das suas estratégias de enfrentamento relatadas por eles (Tabela 15).

**Tabela 16 – Correlações entre o tempo com dor de cabeça, existência de aura e estratégia de tomar analgésico**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Tempo com dor de cabeça	Existência de aura	0,29*	0,13-0,44
	Estratégia: tomar analgésico	0,24*	0,08-0,4

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,05 (bicaudal)

A Tabela 16 mostra que o tempo com dor de cabeça se correlacionou de maneira positiva e fraca com a existência de aura (0,29) e a estratégia de enfrentamento de tomar analgésico (0,24), ou seja, quanto maior foi o tempo com dores de cabeça relatado pelos participantes, maiores foram as chances de declararem ter aura e usar analgésicos como forma de aliviar a dor.

**Tabela 17 – Correlações entre a duração dos ataques de dor de cabeça e outras variáveis**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Duração dos ataques dor de cabeça	Frequência dor de cabeça	0,27*	0,11-0,43
	Existência de aura	0,26*	0,1-0,42
	Estratégia: afastar estímulos	0,26*	0,1-0,42
	Estratégias: acredita na eficácia?	-0,31**	-0,46- -0,15
	Estratégias: se sente confiante?	-0,36**	-0,5- -0,21
	BDI	0,24*	0,08-0,4

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,05 (bicaudal)

\*\*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Verificou-se correlação positiva e fraca entre a duração dos ataques de dor de cabeça e as variáveis: frequência da dor de cabeça (0,27), existência de aura (0,26), estratégia de afastar estímulos (0,26) e pontuação do BDI (0,24). A duração dos ataques de dor mostrou correlação negativa e fraca com a crença na eficácia e confiança nas estratégias de controle da dor de cabeça (-0,31 e -0,36) (Tabela 17). Esses resultados permitem inferir que, quanto maior foi a duração dos ataques de dores de cabeça reportada pelos participantes, maior foi a sua frequência, a existência de sintomas de aura, e mais estratégias utilizadas para afastar estímulos. De maneira oposta, referiram que quanto maior era a duração do ataque, menos acreditavam na eficácia de suas estratégias para lidar com a dor e se sentiam menos confiantes nelas. Destacou-se, ainda, que quanto maior foi a duração da dor, mais sintomas de depressão foram relatados.

**Tabela 18 – Correlações frequência da dor de cabeça**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Frequência da dor de cabeça	Estratégia: mudança humor	0,24*	0,08-0,4
	Estratégias: acredita na eficácia?	-0,40**	-0,54- -0,25
	Estratégias: se sente confiante?	-0,38**	-0,52- -0,23
	BAI	0,25*	0,09-0,41

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,05 (bicaudal)

\*\*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

A frequência das dores da cabeça se correlacionou positivamente e de maneira fraca com a estratégia de mudança de humor (0,24) e com a pontuação do BAI (0,25), e negativamente com a crença na eficácia das estratégias de enfrentamento da dor e com a confiança nas estratégias de enfrentamento da dor, com correlações moderada (-0,40) e fraca (-0,38), respectivamente (Tabela 18). Quanto maior a frequência dos ataques de dores de cabeça reportada, maior foi o relato do uso da estratégia de mudança de humor, menor crença na eficácia das estratégias de enfrentamento da dor de cabeça, menor a confiança nessas estratégias e maior pontuação obtida no BAI.

**Tabela 19 – Correlação entre aura e pontuação no BAI**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Possui aura?	BAI	0,34**	0,19-0,49

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*\*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Foi verificada uma correlação positiva e fraca (0,34) entre os sintomas de aura e a pontuação do BAI, ou seja, os participantes que relataram sintomas de aura obtiveram maiores pontuações no BAI, conforme descreve a Tabela 19.

**Tabela 20 – Correlação entre o quanto a dor de cabeça afeta as tarefas diárias e outras variáveis**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
O quanto a dor de cabeça afeta as tarefas diárias?	Estratégias: acredita na eficácia?	-0,31**	-0,46- -0,15
	Estratégias: se sente confiante?	-0,43**	-0,56- -0,29
	BAI	0,28*	0,12-0,43
	BDI-II	0,28*	0,12-0,43

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,05 (bicaudal)

\*\*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

A Tabela 20 mostra as correlações entre o quanto a dor de cabeça afeta as tarefas diárias e outras variáveis. Verificou-se correlações negativas com as variáveis: crença na eficácia das estratégias de enfrentamento e sensação de confiança para enfrentar as dores de cabeça, as quais foram, respectivamente, fraca (-0,31) e moderada (-0,43). Em relação às pontuações no BAI e BDI-II, as correlações foram positivas e fracas (0,28 para ambas). Quanto mais os participantes relataram que suas dores de cabeça afetavam suas tarefas diárias, menos referiram acreditar e confiar na eficácia em relação as suas estratégias de controle da cefaleia, bem como apresentaram maiores pontuações no BAI e no BDI-II, indicando maiores sintomas de ansiedade e depressão reportados.

**Tabela 21 – Correlação entre a crença de que dores de cabeça são desencadeadas por questões emocionais e pontuação no BDI-II**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Acredita que dores de cabeça são desencadeadas por questões emocionais?	BDI-II	0,26*	0,10-0,42

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,05 (bicaudal)

Foi verificada uma correlação positiva e fraca (0,26) entre a crença de que as dores de cabeça seriam desencadeadas por questões emocionais e a pontuação no BDI-II. Esse resultado mostra que os participantes que relataram acreditar que as suas dores de cabeça eram causadas por questões emocionais, obtiveram maiores pontuações no BDI-II, ou seja, declararam mais sintomas de depressão (Tabela 21).

**Tabela 22 – Correlações entre a percepção de que eventos marcantes pioram ou desencadeiam a dor de cabeça e pontuações no BAI e BDI-II**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Você percebe que eventos marcantes, impactantes ou estressantes podem piorar ou desencadear sua dor de cabeça?	BAI	0,25*	0,09-0,41
	BDI-II	0,25*	0,09-0,41

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,05 (bicaudal)

A Tabela 22 mostra que a percepção de que as dores de cabeça podem ser desencadeadas ou agravadas por eventos marcantes, impactantes ou estressantes se correlacionou positivamente de maneira fraca com os resultados do BAI (0,25) e do BDI-II (0,25). Em outros termos, os participantes que referiram acreditar que eventos marcantes ou estressantes pioram ou desencadeiam a dor de cabeça tiveram maiores pontuações no BAI e no BDI.

**Tabela 23 – Correlações entre a percepção de que eventos comuns e recorrentes pioram ou desencadeiam a dor de cabeça e pontuações no BAI e BDI-II**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Você percebe que alguns eventos comuns, recorrentes provocam ou pioram sua cefaleia?	BAI	0,22*	0,06-0,38
	BDI-II	0,36**	0,21-0,50

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,05 (bicaudal)

\*\*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Verificou-se correlação positiva e fraca entre a variável percepção de que alguns eventos comuns e recorrentes provocam ou pioram a cefaleia e as pontuações no BAI e BDI-II (0,22 e 0,36, respectivamente). Os participantes que declararam acreditar que eventos comuns ou recorrentes provocam ou desencadeiam suas dores de cabeça tiveram maiores pontuações no BAI e BDI-II.

**Tabela 24 – Correlações entre a crença na eficácia das estratégias para lidar com as dores de cabeça e as pontuações no BAI e BDI-II**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Estratégias: acredita na eficácia?	BAI	-0,32**	-0,47- -0,16
	BDI	-0,34**	-0,49- -0,19

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*\*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Os participantes que relataram acreditar na eficácia de suas estratégias para enfrentar a cefaleia apresentaram menores pontuações no BAI e BDI-II. A Tabela 24 ilustra a correlação negativa e fraca que foi verificada entre essas variáveis (correlações de -0,32 e -0,34 com BAI e BDI-II, respectivamente).

**Tabela 25 – Correlações entre a confiança nas estratégias para lidar para lidar com as dores de cabeça e as pontuações no BAI e BDI-II**

Variável 1	Variável 2	Correlação (r)	IC 95%
Estratégias: se sente confiante?	BAI	-0,44**	-0,57- -0,3
	BDI-II	-0,36**	-0,50- -0,21

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: \*\*Correlação estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

A variável confiança nas estratégias para lidar com as dores de cabeça se correlacionou negativamente de maneira moderada e fraca com as pontuações do BAI (-0,44) e BDI-II (-0,36), respectivamente. Ou seja, quanto mais os participantes relataram se sentir confiantes em lidar com suas dores de cabeça, menores foram os resultados das suas pontuações do BAI e do BDI-II.

#### 6.1.5 Síntese dos dados quantitativos

Os resultados quantitativos demonstraram que a amostra deste estudo foi constituída principalmente por mulheres, confirmando a literatura que destaca que essa é a população mais afetada pelos quadros de cefaleia (STOVNER *et al.*, 2018). Chamou a atenção o nível de ensino dos participantes – a maioria deles declarou possuir ensino superior e pós-graduação. Aventa-se que esse resultado pode estar relacionado com os meios de divulgação da pesquisa e captação de participantes, que foram realizados por meio de grupos do Facebook e rede de contatos pessoais do pesquisador.

A maioria dos participantes teve o diagnóstico médico de cefaleia com quadros considerados crônicos. Entende-se que o longo período de duração do quadro tende a levar os indivíduos a buscarem tratamento médico, ao passo que os quadros que não são crônicos permaneceriam sem diagnóstico.

O tipo de dor mais referido pelos participantes foi a cefaleia tensional, que é considerada o segundo tipo de cefaleia mais prevalente no mundo (STOVNER *et al.*, 2018). Destacou-se que na população estudada, a gravidade das dores referidas foi, em maioria, moderada ou grave, ocorrendo há mais de dez anos, por mais de 6 horas por dia e mais de uma vez a cada quinze dias. A gravidade desses casos poderia ser relacionada ao impacto moderado ou grave nas tarefas cotidianas que foi referido pelos participantes.

Segundo os participantes, algumas situações difíceis se relacionaram ao início das cefaleias, dentre elas destacaram: problemas relacionais, estresse não especificado e morte de ente querido. A maioria dos participantes concordou que algumas emoções ou sentimentos têm um papel no surgimento ou piora das cefaleias, e os fatores mais referidos foram a ansiedade, depressão e raiva. Alguns eventos comuns ou recorrentes do cotidiano também foram considerados como desencadeadores das crises de dor de cabeça e, novamente, o estresse se destacou

entre eles. De maneira geral, observou-se que os participantes associaram alterações emocionais e situações de estresse a ocorrência dos quadros de cefaleia.

As estratégias de enfrentamento mais reportadas pelos participantes para lidar com a dor foram o uso de medicamentos, o afastamento de estímulos e o sono. Em consonância com esse resultado, a revisão bibliográfica empreendida nesta pesquisa (Capítulo 4 desta dissertação) mostrou que o sono é considerado uma das estratégias mais utilizadas no manejo da dor e pode ser considerado uma forma de se afastar de estímulos.

A pontuação dos participantes nos inventários de depressão e ansiedade (BDI-II e BAI) corresponderam, em sua maioria, às classificações de sintomas mínimos a leves, indicando que grande parte da amostra não referiu quadros de depressão e ansiedade.

Dentre as correlações entre as variáveis apresentadas, destacaram-se algumas que são importantes para a discussão deste trabalho. Foram identificadas correlações negativas entre a crença e confiança dos participantes na eficácia das estratégias que dispõem para lidar com a dor e as seguintes variáveis: intensidade, duração e frequência dos ataques de cefaleia, impacto da dor nas tarefas diárias e resultados do BAI e BDI-II.

Outro ponto de destaque foram as correlações com os resultados do BAI e do BDI-II. A duração dos ataques se correlacionou positivamente com o resultado do BDI-II, mas não com o BAI. Por outro lado, a frequência dos ataques de dor se correlacionou positivamente com o resultado do BAI, e não com o BDI-II. Com relação a essas variáveis, também, chamou a atenção que os participantes que mais relataram que suas cefaleias afetavam suas tarefas diárias, tiveram maiores resultados tanto no BAI quanto no BDI-II. Aqueles que referiram acreditar que a sua cefaleia era desencadeada por questões emocionais apresentaram maiores pontuações no BDI-II. Além disso, os participantes que declararam acreditar que eventos estressantes, bem como pequenos eventos comuns e recorrentes do cotidiano afetavam suas cefaleias, apresentaram maiores pontuações tanto no BAI quanto no BDI-II.

Por fim, cabe ressaltar o grande número de pessoas que respondeu ao questionário (n=133), que levava cerca de 15 a 20 minutos para ser preenchido. Suscita-se a hipótese de que há uma necessidade das pessoas que sofrem com quadros de cefaleia de serem ouvidas e relatarem suas vivências sobre o seu quadro de dor.

## 6.2 Análise qualitativa

### 6.2.1 Categorização das cenas, imagens e histórias a partir do questionário de cefaleia

Os conteúdos abordados nesta seção foram coletados a partir da seguinte pergunta do questionário de cefaleia (Apêndice C): “Se fosse possível transformar a sua dor de cabeça em uma cena, imagem ou história, como ela seria?”. As respostas dos participantes à essa pergunta foram lidas e organizadas em categorias de acordo com a semelhança temática entre elas. Note-se que uma mesma resposta pode aparecer em mais de uma categoria, pois alguns temas se entrecruzam e não são excludentes.

As subseções apresentadas, a seguir, descrevem cada uma das categorias estabelecidas, os critérios utilizados para a classificação das cenas, imagens e histórias em cada uma delas e alguns comentários sobre os aspectos considerados mais relevantes em suas análises. Por fim, uma síntese geral da análise qualitativa é apresentada ao final desta seção.

As categorias depreendidas das respostas foram:

1. Fenômenos naturais intensos e destrutivos
2. Tortura, agressão e/ou conflito
3. Objetos de pressão, cortante, pontiagudo ou explosivo
4. Imobilização
5. Excesso ou alteração de estímulo
6. Expressão emocional

Na tabela abaixo são apresentadas as categorias e a frequência com que foram relatadas:

**Tabela 26 – Categorização das cenas, imagens ou histórias relatadas e frequência**

<b>Categoria identificada</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (n=133)</b>	<b>Frequência válida</b>
Tortura, agressão e/ou conflito	43	32,3%	35,2%
Expressão emocional	18	13,5%	14,8%
Fenômenos naturais	14	10,5%	11,5%

**Tabela 26 – Categorização das cenas, imagens ou histórias relatadas e frequência – cont.**

<b>Categoria identificada</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (n=133)</b>	<b>Frequência válida</b>
Objetos de pressão, cortante...	14	10,5%	11,5%
Excesso de estímulo	13	9,8%	10,7%
Imobilização	13	9,8%	10,7%
Outros	7	5,3%	5,7%
Não respondeu	11	8,3%	-

Fonte: dados da pesquisa.

#### 6.2.1.1 Fenômenos naturais intensos e destrutivos

Esta categoria reúne imagens que remetem a fenômenos encontrados na natureza ou elementos naturais que se manifestam com grande intensidade e força, geralmente, se revelando como algum tipo de catástrofe ou perda, por exemplo, um furacão que pode passar e levar uma casa embora, um terremoto que destrói cidades, uma onda que engole as pessoas que se banhavam no mar. Os critérios utilizados para incluir as imagens nesta categoria foram:

1. A imagem retrata ou faz referência a algum fenômeno ou catástrofe com origem na natureza.
2. A imagem remete a algum dos quatro elementos: terra, fogo, água ou ar.
3. O fenômeno natural se apresenta como intenso e poderoso ou com qualidades destrutivas.

De maneira geral, os participantes estavam ausentes das imagens descritas nesta categoria e não participavam do desenrolar dos fenômenos. Em raros casos, foi descrita uma ambientação, ou seja, um local onde a cena acontecia (e. g. na cidade).

#### **Quadro 1 – Categoria temática: Fenômenos naturais intensos e destrutivos**

**Fenômenos vinculados a terra:**

- Um abismo
- Atrito de pedras
- Uma cidade após um terremoto
- Árvore caída

**Quadro 1 – Categoria temática: Fenômenos naturais intensos e destrutivos – cont.****Fenômenos vinculados a água:**

- Ondas gigantes (tsunamis)
- Onda gigante que toma um campo de concentração
- Avalanche
- Mar revolto
- Chuva

**Fenômenos vinculados ao ar:**

- Nuvem carregada sob a cabeça de alguém
- Um furacão que toca a terra
- Trovão

**Fenômenos vinculados ao fogo:**

- Um raio
- Um raio em cima de uma pessoa que estraga o seu dia
- Um vulcão em erupção
- Lava de um vulcão adormecido

Fonte: dados da pesquisa.

Os conteúdos descritos pelos participantes que foram incluídos nesta categoria se referem a experiências muito potentes e destrutivas, que ocorrem de forma repentina e são capazes de devastar regiões e cidades. Os fenômenos naturais podem remover o ser humano de uma posição segura e o levar a procurar abrigo até que a intempérie se dissolva. Diversas relações podem ser estabelecidas entre esses fenômenos e a cefaleia.

As cefaleias surgem como um fenômeno que foge ao controle daqueles que a sentem, ocorrendo de uma forma, muitas vezes, avassaladora – como se um raio caísse do céu ou surgisse uma forte tempestade. Essas experiências provocam medo e, ao mesmo tempo, a necessidade de agir: procurar um lugar seguro para descansar, tomar um remédio ou realizar medidas para aplacar a dor. Contudo, da mesma maneira que o homem é incapaz de impedir totalmente a ação dos fenômenos naturais, também sente que o é diante do controle das cefaleias. Os relatos dos participantes revelaram que a cefaleia pode ser sentida como um evento espontâneo, externo a eles, que parece não pertencer às suas vidas e que ocorre sem as suas influências. Assim como os fenômenos naturais representam perdas e danos, a cefaleia também leva a abdições nas atividades diárias dos indivíduos, o que pode representar perdas vitais: não é incomum que pessoas com cefaleia precisem passar

o dia trancadas em um quarto escuro, com o mínimo de interação com o mundo externo.

Em síntese, as imagens descritas pelos participantes que se referiram a fenômenos naturais intensos e destrutivos, apresentam situações que fogem ao seu controle, sobre as quais os participantes sentem que não podem atuar e que podem causar prejuízos econômicos e sociais em suas vidas.

#### 6.2.1.2 Tortura, agressão e/ou conflito

Esta categoria abarca as imagens de violência ou tortura, nas quais o sujeito é exposto a algum estímulo repetitivo e irritante, bem como imagens que remetem a guerra e conflito. Os critérios definidos para incluir as imagens nesta categoria foram:

1. A imagem representa alguma cena de conflito, dano, agressão ou tortura que é infligida contra o sujeito ou outra pessoa.
2. A imagem tem uma qualidade dinâmica, representa uma ação ou remete a algum tipo de ação.

#### **Quadro 2 – Categoria temática: Tortura, agressão e/ou conflito**

##### **Cenas de tortura sem agressão física por terceiros:**

- Um homem com um perfume forte, batendo um martelo sem parar
- Algo pesado empurrando a cabeça pra baixo (2)
- Um aparelho apertando a cabeça dos lados e na testa
- Uma faca entrando na cabeça e alojada atrás dos olhos
- Uma facada na têmpora
- Um soco no olho
- Facas sendo cravadas na cabeça (2)
- Pancada
- A cabeça do participante sendo esmagada
- Uma facada no lado que está doendo
- Um amassador de lata espremendo a cabeça do participante diversas vezes
- Um pino solto dentro da cabeça que quando o participante se movimenta, ele aumenta a pressão da cabeça causando dor
- Uma bomba dentro da cabeça
- Afogamento (2)
- Uma ponta fina que se infiltra na têmpora que se movimenta quando a dor fica mais intensa
- Uma martelada na cabeça (2)
- Uma agulha furando a cabeça
- O participante se vê como um pirata que perdeu metade da cabeça em um enorme estrondo
- A cabeça do participante seria uma bola onde estariam sendo enfiados pregos em todo um lado, de um jeito que não houvesse mais espaço e a qualquer momento fosse explodir.

## Quadro 2 – Categoria temática: Tortura, agressão e/ou conflito – cont.

- Uma pessoa prestes a pular de um lugar bem alto para tirar a sua vida
- Alguma coisa que fizesse pressão na testa do participante e não quisesse sair
- Uma serra elétrica cortando a cabeça
- Como se a cabeça fosse uma bomba que fosse explodir a qualquer momento.
- O cérebro inchado

### **Cena de tortura com violência física por terceiros:**

- Alguém martelando a cabeça do participante (3)
- Alguém torturando o participante ou alguma pessoa querida; o paciente se sente frágil e com dor e não pode fazer nada a respeito.
- Bruxa má apertando a participante.
- Como se a cabeça do participante estivesse em uma morsa e alguém apertando
- Alguém apertando com as duas mãos à cabeça do participante (2)
- Alguém apertando a cabeça do participante e a jogando contra a parede inúmeras vezes
- Olhos sendo espremidos por alguém
- Como se o paciente estivesse atravessando um vale bem escuro, com a presença de coisas ruins, ameaçadoras e perturbadoras que tentassem o desestabilizar.
- Uma cena de tortura
- Algum monstrinho que convive com o paciente e que, às vezes, se irrita com os vários estímulos e provoca a dor
- Um gigante dentro da cabeça tentando se mover e pressionando de dentro para fora
- Alguém que corre atrás do participante (perseguição)

### **Cena de violência perpetrada pelo próprio sujeito:**

- O sujeito batendo sua cabeça na parede por causa da dor intensa
- Como se a única opção do paciente fosse se jogar de um penhasco

### **Cenas de guerra:**

- Uma guerra que vai do amanhecer até o pôr do sol
- Uma batalha (2)
- A segunda guerra mundial

### **Cena de conflito interpessoal**

- Briga

### **Graves acidentes com automóveis**

- O navio Titanic afundando
- Um navio partindo ao meio
- Um choque entre dois caminhões
- Uma pancada na cabeça após um acidente de automóvel

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: Os números ao lado das cenas, imagens ou histórias representam o número de vezes que o conteúdo foi relatado.

Alguns participantes associaram a sua dor a cenas de torturas com ou sem violência física provocada por terceiros. Normalmente a descrição dessas cenas envolveu algum elemento externo ou pessoa não identificada – existe um agente causador da dor, mas a sua identidade é oculta. Aventa-se que se essas imagens e

cenar fossem exploradas em profundidade, elas poderiam revelar relações simbólicas entre o torturador e a dor.

Outras imagens descritas pelos participantes nesta categoria referem-se a algum acidente ou guerra. São situações compreendidas como impessoais, nas quais a dor é retratada como algo que ocorre por fatalidades ou situações maiores que o sujeito. As imagens de acidentes remetem a situações que fogem ao controle; a maioria delas retrata choques intensos, tais como um navio partindo ao meio ou um choque entre dois caminhões. Já as guerras, revelam situações rodeadas de destruição e conflito, remetendo, de um lado, a confusão e dor que os pacientes sentem quando estão com um ataque de cefaleia, e, de outro lado, a percepção do ambiente onde vivem como um lugar caótico e desorganizado.

Destaca-se, ainda, que algumas cenas e imagens descritas nesta categoria mostram dois movimentos de violência ou conflito: um que tem origem no interior do indivíduo e outro que tem origem externa a ele. Os relatos de imagens que expressam violência ou conflito interno foram menos frequentes e parecem simbolizar uma dor que tem origem no mundo interno do sujeito, sob a qual ele não tem controle, como uma pressão (gigante, bomba, pino) que é empurrada para fora. Suscita-se que essas imagens apontam para algo que o indivíduo precisaria manifestar no meio externo, tal como emoções represadas.

Com relação às cenas e imagens que descrevem a violência ou conflito externos ao indivíduo, aventa-se que podem representar a percepção de um ambiente perigoso, no qual elementos aversivos ameaçam o indivíduo de alguma forma. Nessas cenas, os conteúdos parecem invadir ou penetrar o sujeito, remetendo a uma sensação de que a dor ou elementos estressores do ambiente não ficariam somente do lado de fora, existindo uma ausência de barreiras ou defesas que protegeriam a pessoa. Frente a isso, pode-se pensar que a dor tornaria alguns estímulos do ambiente difíceis de suportar, ou, ainda, que um ambiente hostil e confuso poderia desencadear uma crise de cefaleia.

Em síntese, as imagens desta categoria explicitam o caráter, muitas vezes, torturante e intenso da dor, a qual foge ao controle dos participantes e se apresenta como um elemento aversivo muito poderoso.

### 6.2.1.3 Objetos de pressão, cortante, pontiagudo ou explosivo

Nesta categoria são incluídas as descrições de objetos, como ferramentas, objetos de cozinha, armas, entre outros. As cenas que descreveram o uso de um objeto contra alguém foram incluídas na categoria anterior (cenas de tortura, agressão e/ou conflito), de modo que este grupo abrange exclusivamente as imagens que envolvem a descrição do objeto, sem a participação de um agente. Os critérios para a inclusão das imagens nesta categoria foram:

1. A imagem contém a presença de algum objeto manufaturado.
2. A cena não representa uma violência ou agressão dirigida ao corpo do paciente.
3. A imagem descreve objetos de pressão, cortante, pontiagudo ou explosivo.

### **Quadro 3 – Categoria temática: Objetos de pressão, cortante, pontiagudo ou explosivo**

#### **Objetos de peso**

- Uma mochila grande e pesada
- Uma tiara de punhais pesando toneladas

#### **Objetos de choque**

- Um martelo batendo sempre
- Um martelo batendo em um prego
- Alguém batendo um martelo
- Um martelo batendo em uma superfície dura
- Martelo batendo contra uma parede tentando quebrá-la
- Alguém batendo um tambor de um lado
- Um homem com um perfume forte, batendo um martelo sem parar

#### **Objetos de pressão**

- Ferramenta de tipo morsa apertando
- Panela de pressão (2)
- Um elástico sendo puxado
- Parafuso sendo apertado ou torcido (2)

#### **Objetos explosivos ou abrasivos**

- Uma tela de televisão chovendo, cheia de risco, com som grave aumentando forte e parecendo que vai explodir
- Uma bomba
- Uma fritadeira elétrica queimando, em que a comida que está dentro já havia passado do ponto e até queimado, a ponto de desintegrar. E não está sujo, como se não deixasse resquício. O que sobra, é como uma gota condensada de líquido preto.

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: os números ao lado das cenas, imagens ou histórias representam o número de vezes que o conteúdo foi relatado.

Alguns objetos de peso, choque, pressão, abrasivos ou explosivos foram relatados pelos participantes para descrever a sua dor. Os objetos de peso ou pressão remetem às dores de cabeça tensionais, que são aquelas em que a pessoa sente que a sua cabeça é pressionada ou puxada para baixo.

Dentre os objetos de peso descritos, estão as imagens de uma mochila pesada e uma tiara de punhais que pesa toneladas. Essas imagens suscitam a ideia de que indivíduo com cefaleia seria obrigado a carregar um grande peso, levantando a pergunta: seria este o fardo de sua dor? A tiara de punhais apresenta, ainda, um elemento extra: se o indivíduo deixar ser levado pelo peso, com toda a certeza irá se ferir. Essa imagem representa, portanto, uma escolha difícil e vital: carregar o peso excessivo e cansativo da tiara, ou, se entregar e se ferir gravemente?

Os objetos de choque referem-se às imagens de um martelo ou tambor que batem repetidamente, e remetem às dores que são pulsantes, como batidas constantes e incômodas. Imagine o barulho atordoante de uma obra com batidas ininterruptas de martelos, por horas a fio. Em muitos casos, existe pouco a se fazer para conter o barulho e a pessoa não consegue fugir do estímulo atordoante. No caso das dores de cabeça pulsantes, a pessoa poderia contar com a ajuda de alguns analgésicos, contudo muitos deles podem não funcionar, deixando o indivíduo com o barulho atordoante das marteladas ou do rufar de tambores.

No caso das imagens que descrevem objetos explosivos ou abrasivos, entende-se que elas remetem ao excesso de estímulo e intensidade das dores de cabeça. A televisão choviscando com risco de explodir a qualquer momento alude à ideia de um ambiente confuso, ruidoso e ameaçador, no qual uma grande quantidade de coisas acontece ao mesmo tempo – é como uma enxurrada de estímulos que simulam a dor que vai aumentando progressivamente até o ponto de explosão. De maneira semelhante, a imagem da bomba revela a natureza explosiva das dores de cabeça, mas, diferente da natureza progressiva da dor caracterizada na imagem da televisão, ela remete à ocorrência repentina de uma dor intensa. Por fim, a imagem da fritadeira parece traduzir a dor incapacitante que coloca o paciente em um estado de debilidade até o ponto em que ele se identifica como uma gota preta condensada.

#### 6.2.1.4 Imobilização

Esta categoria abrange imagens que descrevem estados de perda do movimento, imobilização, prostração, aprisionamento ou paralização. Geralmente, são acompanhadas da descrição de uma sensação de alienação ou angústia. O critério para incluir imagens nesta categoria foi:

1. Imagens em que existe uma interrupção de movimento: cerceamento, paralização, prostração, aprisionamento, espera ou qualquer condição que remete à restrição ou pausa da ação.

#### Quadro 4 – Categoria temática: Imobilização

##### **Imagens de paralização**

- A participante encolhida debaixo de uma árvore, e a dor com o formato de uma bactéria ou vírus gigante, olhando pra ela, a ameaçando e dizendo: “não tem escapatória, vou te pegar!”
- A paciente incapacitada por algo não especificado que a impede de realizar suas tarefas, segurando-a em uma cama.
- O quadro "O Grito" do artista Edvard Munch, 1893.
- Um lugar lúgubre, escuro com lama até o joelho impedindo qualquer movimento e me empurrando pra baixo.

##### **Cenas de aprisionamento**

- O sujeito se sente preso dentro de si mesmo e só conta com a visão para sentir o mundo.
- Alguém preso esperando a guilhotina.
- A participante se sente presa debaixo de uma rocha.
- Um quadro com uma pessoa presa que grita, mas não pode ser vista nem ouvida.
- A participante em um quarto escuro, gritando por socorro, mas ninguém ouve.

##### **Cenas que remetem a espera de alguma coisa**

- Alguém preso esperando a guilhotina
- Um peixe fora da água, esperando a maré vir para se refrescar
- A cena seria uma pessoa angustiada, sabendo que algo ruim está por vir.
- Alguém que espera um milagre

##### **Imagens que remetem a repouso**

- O participante deitado na cama no escuro (2)

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: os números ao lado das cenas, imagens ou histórias representam o número de vezes que o conteúdo foi relatado.

As imagens e cenas presentes nesta categoria remetem a ausência de movimento causada, geralmente, por algum tipo de barreira. A estagnação descrita nelas pode ser uma incapacitação ou espera por algo que está por vir. Desse modo,

entende-se, por meio dessas imagens, que a cefaleia pode ser sentida como uma experiência paralisante e desorientadora – como se, ao sentir a dor, o paciente precisasse parar tudo: a vida, o fluxo dos acontecimentos, o tempo, mesmo que este seja uma breve ida até a farmácia para comprar um analgésico. A cefaleia pode ser vivenciada como uma experiência de abdicação, configurando uma situação em que o indivíduo pode, por vezes, ser obrigado a abrir mão de algumas experiências, pois precisa lidar com algo que foge ao seu controle, o que possivelmente gera uma sensação de impotência.

Algumas cenas remetem, ainda, à alienação: como se o participante não pudesse se comunicar com o mundo externo ou ser escutado por outras pessoas. Essa temática pode expressar uma dificuldade do participante em se conectar com o ambiente, uma vez que a dor, muitas vezes, leva ao isolamento. A dor obriga que a pessoa que a sente se volte para si e para o seu corpo, retirando a sua atenção do mundo externo. Por outro lado, as cenas de alienação podem expressar uma experiência de não ser compreendido pelo meio social.

Outras cenas descritas nesta categoria revelam a espera por algo positivo: um peixe que espera a água vir para tirá-lo da imobilização, alguém que espera um milagre. Essas imagens aludem à expectativa por algo que venha salvar o participante e colocar um fim à sua dor, possibilitando que ele, enfim, retorne ao seu movimento e possa readquirir a liberdade perdida. De outro lado, algumas cenas revelaram a espera por algo negativo (a guilhotina ou algo ruim), remetendo à apreensão que, por vezes, precede o surgimento da dor.

Em síntese as imagens desta categoria demonstram como a cefaleia pode ser vivenciada pelos participantes como um bloqueio ou aprisionamento, impondo a paralização do ritmo normal das suas vidas e restringindo as suas ações no mundo.

#### 6.2.1.5 Excesso ou alteração de estímulos

Nesta categoria estão imagens que descrevem estímulos excessivos, intensos e/ou intrusivos, os quais, geralmente, são retratados como eliciadores de confusão ou perturbação. Os critérios para a inclusão nesta categoria foram:

1. Imagens que representam excesso ou alteração de estímulo.
2. Imagens que remetem à sensação de confusão ou desorientação.

## Quadro 5 – Categoria temática: Excesso ou alteração de estímulos

### **Cenas com excesso ou alteração de estímulo visual**

- Imagens coloridas pulsantes
- Imagem embaçada
- Borrão preto (2)
- Um cenário no qual o ambiente é extremamente barulhento, iluminado por flashes de luz fortes, com um movimento constante e a cor predominante é o vermelho.
- Uma tela de televisão chuviscava cheia de risco com som grave aumentando forte e parece que vai explodir
- Um quadro pintado de cores vermelhas e que dele saem faíscas pretas
- Tudo avermelhado

### **Cena com excesso de estímulo auditivo**

- Uma imagem do dia a dia normal, trabalhando, mas ao mesmo tempo pulsante, com muito barulho envolvido, muita perturbação
- Um cenário no qual o ambiente é extremamente barulhento, iluminado por flashes de luz fortes, com um movimento constante e a cor predominante é o vermelho.
- Uma tela de televisão chuviscava cheia de risco com som grave aumentando forte e parece que vai explodir
- O ruído da praça de alimentação de um shopping lotada de gente
- Uma TV antiga chiando

### **Cena com excesso de estímulo olfativo**

- Um homem com um perfume bem forte batendo um martelo sem parar

### **Cena com confusão, desorientação ou muitas coisas acontecendo ao mesmo tempo**

- Cena descrita como uma confusão
- Uma imagem do dia a dia normal, trabalhando, mas ao mesmo tempo pulsante, com muito barulho envolvido, muita perturbação
- Uma cena cheia de tensão com muitas coisas acontecendo ao mesmo tempo.

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: os números ao lado das cenas, imagens ou histórias representam o número de vezes que o conteúdo foi relatado.

Esta categoria abarca imagens e cenas que descrevem uma grande concentração de estímulos visuais, auditivos ou olfativos que acontecem ao mesmo tempo, causando a sensação de confusão e perturbação.

O excesso de estímulos, tais como sons altos, luzes intensas, barulhos e cheiros fortes, é um reconhecido provocador das cefaleias. Alguns participantes deste estudo, representaram a cefaleia por meio de imagens de ambientes sobrecarregados de estímulos, a ponto de se tornarem opressivos. Essas imagens permitem traçar duas considerações possíveis e não excludentes, a saber: (1) o participante pode ser demasiadamente sensível aos estímulos descritos e/ou (2) o ambiente onde vive pode ser muito conturbado.

As cenas descritas parecem apontar a dificuldade de assimilar diversos acontecimentos ao mesmo tempo, remetendo a característica da dor que aumenta a dificuldade da pessoa para apreender acontecimentos e estímulos ao seu redor, bem como para se orientar no ambiente.

#### 6.2.1.6 Expressão emocional

Essa é uma categoria em que se enquadram expressões ou relatos de emoção. O pesquisador achou importante criar uma categoria para separar aqueles que simplesmente expressaram uma emoção, daqueles que não associaram a imagem com nada. Os critérios para a inclusão nessa categoria são:

- 1) O participante relatar algum tipo de emoção ou sentimento (tristeza, felicidade, raiva, medo, entre outras)
- 2) A ênfase da imagem é a descrição de uma emoção

#### **Quadro 6 – Categoria temática: Expressão emocional**

##### **História ou cena que remete a emoção**

- Uma história de terror e tristeza
- Dia triste
- Um filme de terror
- Uma cena triste
- Uma história triste
- Uma imagem de desespero
- Uma imagem ou cena estressante
- Uma imagem ou cena horrível (2)

##### **Expressão de emoção**

- O participante rindo em um minuto e no outro chorando
- Algo que vem lembrar o participante que ele tem que lidar com as coisas de forma mais calma, mas que é irritante e não cumpre “a missão”
- Sensação de tristeza na vida
- Ficar ansiosa e inquieta com os sintomas da cefaleia

##### **Medos**

- Medo de ficar cego

##### **Sensação de morte**

- Lembrar da morte, quando a crise é forte
- Morte

Fonte: dados da pesquisa.

Nota: os números ao lado das cenas, imagens ou histórias representam o número de vezes que o conteúdo foi relatado.

As imagens ou cenas descritas nesta categoria se referem a expressões de terror, tristeza, desespero, estresse, irritação, ansiedade, medo ou sensação de morte. A representação da dor por meio dessas imagens remete ao peso que as cefaleias têm na vida dos participantes e se associam, notadamente, à emoções negativas.

#### 6.2.1.7 Síntese das imagens, cenas e histórias

De maneira geral, as imagens, cenas ou histórias descritas pelos participantes para representar a sua dor de cabeça chamam a atenção por suas características de magnitude e potência: catástrofes da natureza, acidentes, guerras, objetos penetrantes e pesados, torturas, imobilização e emoções de tristeza, ansiedade e angústia. Elas revelam a vivência de situações de alerta, em que a atenção do sujeito se volta para elementos aversivos, perigosos ou incômodos, que perturbam e confundem os sentidos pelo excesso de estimulação. Essas características remetem ao atordoamento e desorientação presentes na cefaleia, que podem causar uma ruptura na rotina do indivíduo.

A ausência de controle sobre a situação perpassou a maioria dos relatos, aludindo aos sentimentos de insegurança e impotência frente a dor. Em muitas cenas de tortura o participante se vê completamente imobilizado e sem capacidade de reação. Essas imagens remetem à baixa confiança dos participantes na eficácia das estratégias de enfrentamento que eles dispõem, de modo que a dor parece exceder a sua capacidade de lidar com ela.

Estímulos visuais, auditivos ou olfativos em excesso são fatores desencadeadores e agravantes da cefaleia. As imagens descritas pelos participantes estão cheias dessas representações: martelos que batem sem parar, televisões chiando, tambores, cores vibrantes, perfume forte, entre outras. Quando a dor surge a concentração se torna difícil e os estímulos sensoriais se tornam mais potentes e perturbadores. Destaca-se, de um lado, a maior sensibilidade dos participantes a alguns estímulos, e, de outro, a hiperestimulação que perpassa seus cotidianos, com muitos compromissos, tarefas e eventos estressores.

Por fim, nota-se que as imagens remetem a perdas e, muitas delas, ilustram cenas que têm como resultado a devastação. De maneira semelhante, a cefaleia promove diversas perdas na vida das pessoas que sofrem com ela, pois, muitas

vezes, é necessário se recolher, parar o dia, descansar, dormir, abrir mão de compromissos e prazeres.

### 6.2.2 *Análise das entrevistas*

Nesta seção são apresentadas as análises das informações coletadas por meio das entrevistas estruturadas que seguiram o roteiro descrito no Apêndice D. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, mantendo-se preservadas as identidades das participantes. As transcrições completas de todas as entrevistas constam no Apêndice E.

As perguntas feitas às participantes são descritas com alguns trechos de respostas. Abaixo da resposta das participantes é exposto um breve comentário destacando os pontos considerados mais importantes para a análise do conteúdo. No final, uma síntese do conteúdo é apresentada. No roteiro (Apêndice D) vê-se que existem perguntas sobre as imagens que os participantes associam a sua cefaleia (perguntas 15 a 20 do roteiro). As repostas a essas perguntas são analisadas posteriormente, na subseção 6.2.2.3, pois a sua organização e análise ocorreu de forma diferente.

As características gerais do perfil das entrevistadas são apresentadas a seguir.

#### 6.2.2.1 *Caracterização das entrevistadas*

Participaram da entrevista oito mulheres adultas que apresentavam algum tipo de quadro de cefaleia. Note-se que devido à seleção aleatória de participantes não houve a presença de homens nessa etapa do estudo, haja vista que a quantidade de mulheres na amostra total era muito maior do que a quantidade de homens. As Tabelas 27 e 28, apresentadas abaixo, descrevem os dados gerais das participantes e algumas características de suas cefaleias.

**Tabela 27 – Descrição do perfil das entrevistadas**

<b>Participante</b>	<b>Gênero</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Profissão</b>	<b>Idade</b>
1	Mulher	Ensino superior incompleto	Solteira	Estudante	19 anos
2	Mulher	Ensino superior	Solteira	Jornalista	27 anos
3	Mulher	Pós-graduação	Solteira	Designer	28 anos
4	Mulher	Pós-graduação	Solteira	Psicóloga	27 anos
5	Mulher	Ensino superior	Divorciada	Aposentada	61 anos
6	Mulher	Ensino superior	Viúva	Funcionária pública	52 anos
7	Mulher	Ensino médio incompleto	Casada	Dona de casa	35 anos
8	Mulher	Ensino superior incompleto	Divorciada	Dona de casa	30 anos

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 28 – Características das cefaleias das entrevistadas**

<b>Participante</b>	<b>Diagnóstico médico</b>	<b>Tipo de dor</b>	<b>Intensidade da dor</b>	<b>Tempo que apresenta cefaleia</b>
1	Não	Tensional	Moderada	De seis meses a um ano
2	Não	Pontada	Moderada	De um ano a três anos
3	Sim	Tensional	Intensa	Mais de dez anos
4	Não	Tensional	Moderada	De um ano a três anos
5	Sim	Outro tipo	Leve	De um ano a três anos
6	Sim	Tensional	Intensa	Mais de dez anos
7	Sim	Tensional	Muito intensa	De seis meses a um ano
8	Não	Tensional	Moderada	Mais de dez anos

Fonte: dados da pesquisa.

### 6.2.2.2 Respostas às perguntas e comentários

As perguntas descritas nesta seção foram elaboradas visando compreender o que estava acontecendo na vida das participantes quando a cefaleia surgiu: quais são os elementos que elas consideram desencadeadores, como as pessoas do seu convívio encaram a sua dor, que medidas oferecem para a participante, e finalmente, quais são as práticas das participantes para diminuir a dor de cabeça. Também, são abordadas as perguntas que tiveram como objetivo compreender como as

participantes encaram suas emoções quanto a cefaleia: quais são as relações que fazem entre suas emoções e a cefaleia e como lidam com suas emoções. As emoções estabelecidas pelo autor nas perguntas foram: ansiedade, tristeza, raiva, alegria, medo e nojo.

É importante destacar que nas perguntas o termo “dor de cabeça” foi utilizado por ser de fácil entendimento e mais popular que cefaleia.

Perguntas desta seção:

1. Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Tem algum fato ou situação que você relaciona com o começo das suas dores de cabeça?
2. Quais são os fatores que você percebe que estão relacionados a sua dor?
3. Como as pessoas recebem sua dor de cabeça?
4. Tem alguma coisa que você faz que ajuda a diminuir as dores de cabeça?  
Você acha que tem algo que você consegue fazer que controle as dores?
5. Você se considera uma pessoa ansiosa?
6. Como você lida com sua ansiedade?
7. A sua ansiedade afeta a sua dor de cabeça?
8. Suas dores de cabeça te deixam ansiosa?
9. A tristeza é uma emoção que te acompanha muito?
10. Você acredita que a tristeza afeta sua dor de cabeça?
11. Suas dores de cabeça te deixam triste?
12. A raiva é uma emoção muito presente na sua vida?
13. Você acha que a raiva influencia sua dor de cabeça?
14. Como você lida com a raiva? / Você reprime ou expressa sua raiva?
15. Você acha que a alegria afeta sua dor de cabeça?
16. Você acha que a dor de cabeça afeta sua capacidade de sentir felicidade ou prazer?
17. Você sente muito medo?
18. Você acha que o medo influencia na sua cefaleia?
19. Qual seu maior medo em relação a sua dor de cabeça?
20. O nojo é uma emoção presente na sua vida, afeta a sua cefaleia?
21. Existe outra emoção ou emoções que você acha que afetam sua dor de cabeça?
22. Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre suas dores de cabeça?

As respostas das perguntas 21 e 22 não foram apresentadas, pois o pesquisador julgou que elas não trouxeram nenhuma informação adicional para a análise.

**Quadro 7 – Respostas à pergunta: Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Tem algum fato ou situação que você relaciona com o começo das suas dores de cabeça?**

“Eu comecei a perceber no primeiro ano de faculdade, que foi no começo do ano passado. No final do colégio, final de 2018 para 2019, eu comecei a sentir muito mais dor que antes. Não sei se é estresse, pode ser também. O começo da faculdade para entrar no vestibular e tudo mais”.

“Eu sinto que desde que eu comecei a trabalhar com o meu próprio negócio, eu comecei a ter dores de cabeça mais frequentes, eu sinto que elas começaram com um pouco mais de intensidade quando eu abri meu negócio”.

“Quando eu era muito pequena, lá pelos meus 10 ou 12 anos, quando eu tinha essas crises eu não consigo associar muita coisa, mas muito provavelmente tem a ver com essa ansiedade que eu sempre tive”.

“Que eu me lembro de ser constante, lembro que por causa do bruxismo no ensino médio eu tinha um pouco. Fim do ensino médio e começo da faculdade foi quando começou bem pesado [...]. Eu estava terminando pela primeira vez um relacionamento, que foi e voltou algumas vezes, esse meu namorado tinha muita dor de cabeça sempre e não sei se é uma contratransferência, mas foi mais ou menos nesse período, a gente ficava indo e voltando [...]”.

“Acho que eu tinha alguma dúvida em relação ao que eu ia fazer. Na época, eu fazia magistério e eu sempre quis fazer Direito, mas eu ficava [pensando] ‘será que eu devo fazer pedagogia?’, acho que basicamente era o único problema que eu tinha, mas eu fiquei muito mal, fiquei de cama, tinha que ficar no escuro, eu tinha muita náusea, não conseguia sair de casa nem para ir ao médico, o médico teve que ir na minha casa, eu fiquei mais de uma semana assim, fiquei muito ruim”.

“Começou em torno de uns 7 ou 8 anos de idade, foi quando começaram as dores. Não tinha nada aparentemente diferente, eram coisas super comuns de toda criança, ir para escola, não sei se o fato de naquela época eu ser uma criança muito tímida, se mexia com as emoções de forma que causassem dores, porque essas dores de cabeça aconteciam principalmente depois que eu saía da escola, no percurso da saída da escola as coisas pioravam bastante”.

“Eu lembro que começou bem na minha adolescência, em torno de 15 ou 16 anos já comecei a sentir dor de cabeça. Eu lembro que foi bem no início que eu comecei a namorar com o meu atual marido e foi um começo bem turbulento, não entre mim e ele, a gente não discutia, era mais a família, eu lembro que era isso”.

Fonte: dados da pesquisa.

Os relatos das participantes mostram que elas associam o começo de suas cefaleias a situações de transições ou conflitos. Algumas situações de transição referidas ilustram um aumento de responsabilidades vivenciado pelas participantes,

por exemplo, abrir um negócio próprio, escolha profissional, entrada na faculdade. Já as situações de conflito demarcam rupturas, que, muitas vezes, vêm acompanhadas de uma grande carga de tensão e ansiedade, tais como o término de um relacionamento e brigas familiares.

De maneira geral, as situações que as participantes associam ao início das suas cefaleias, revelam momentos de novas configuração de suas vidas, nas quais existe um desconforto e uma falta de segurança que demandam reorientação. Essas situações requerem a tomada de decisões, e, desse modo, podem ser vividas de maneira estressante e ansiogênica. Aventa-se que a grande carga emocional sentida nos momentos de transição e conflito tenha algum papel no início das cefaleias.

#### **Quadro 8 – Respostas à pergunta: Quais são os fatores que você percebe que estão relacionados a sua dor?**

“Tem um exemplo de situação que aconteceu recentemente, eu tinha um trabalho para entregar e estava um pouco atrasado, então na hora eu comecei a ficar desconfortável, não conseguia fazer nada, fiquei morrendo de dor, quando eu tenho alguma coisa fora do meu controle eu começo a ficar estressada, aí me dá dor de cabeça”.

“Tensão, prazo, a própria cobrança interna acho que dá muita dor de cabeça, por mais que tenha alguém te pressionando para você ser alguma coisa, a pressão interna é pior. Então eu acho que eu acabo causando mais a dor de cabeça do que o próprio entorno”.

“Sou muito controladora e ansiosa, então se as coisas não estão exatamente da maneira que eu estava prevendo que estivesse ou quando eu não consigo prever a maneira e não consigo deixar as coisas organizadas, ela vem de alguma forma, sempre está ligado a isso. Principalmente a ansiedade”.

“Estresse e ansiedade, então acho que a ansiedade por causa do bruxismo e estresse, às vezes, eu nem estou ansiosa sobre alguma coisa, mas se eu estou em um período de muita atividade no trabalho, quando tem evento no sábado e preciso organizar muita coisa para essa semana, aí preciso fechar algo, aí ataca um pouco”.

“Atualmente, eu acho que a ansiedade. Eu tenho muita ansiedade, já foi até diagnosticado, eu acho que é o maior gatilho, já começa a doer na hora”.

“Sim, uma alimentação forte, por exemplo, alguma coisa muito engordurada, e eu falei do sol, e falta de dormir também”.

“Tem coisas que eu percebi que são gatilhos para a enxaqueca, cheiro forte de coisas, ficar sem dormir, me alimentar mal, comer coisas gordurosas, frituras, então eu comecei a ter cuidado com isso, eu evito ao máximo comer coisas fritas, hoje, eu tenho problema de insônia, mas eu tento dormir, acho que agora até já me acostumei a dormir pouco por causa da insônia, mas antigamente se eu não dormisse pelo menos 7 horas, era batata, eu tinha enxaqueca, então é isso”.

**Quadro 8 – Respostas à pergunta: Quais são os fatores que você percebe que estão relacionados a sua dor? – cont.**

“Sim, a minha enxaqueca, minhas dores de cabeça são totalmente emocionais, aí assim, durante muitos anos eu sempre tive essa dor [...]. E ele [médico] me explicou as possíveis causas que poderiam ser, entre elas a alimentação ou essa questão relacionada a emoção, aí eu comecei a perceber que comida não tinha problema, agora, se eu levasse um susto, por menor que fosse, aquela coisa, de repente você está no telefone e alguém passa do seu lado de forma brusca e você se assustou, isso já era suficiente para desencadear dor de cabeça”.

“O que eu tenho certeza que me causa dor de cabeça, que eu ainda estou estudando essa parte alimentar, é o sono, o estresse, preocupação e não me alimentar da forma correta, esses 4 fatores. E outro que me causava muito era o anticoncepcional que eu também tive que tirar, porque eu tomava anticoncepcional há quase 20 anos”.

Fonte: dados da pesquisa.

Dentre os fatores relacionados ao desencadeamento da cefaleia, as participantes referiram aspectos emocionais, como estresse e ansiedade. Alguns relatos revelam que o controle do ambiente e de situações da vida, muitas vezes, se relacionam à ansiedade, bem como ao sentimento de frustração quando algo escapa ao controle – situações que, para elas, são geradoras de cefaleias. O excesso de tarefas e a cobrança (interna e externa) para dar conta delas, também foram fatores relatados. Nota-se que o discurso das participantes é perpassado por uma certa idealização da ação – como se as coisas devessem sair da maneira planejada ou idealizada por elas, caso isso não ocorra, resta a frustração. Essa dinâmica aponta um padrão que pode ser reconhecido como perfeccionista.

Outros fatores elencados foram: sono, alimentação, uso de anticoncepcional e estímulos intensos. Esses aspectos estão relacionados a comportamentos e hábitos, revelando, novamente, uma necessidade de controlar o ambiente: o que se come, como se dorme e os estímulos ao redor. Entende-se que o controle, por vezes, leva à vigilância constante das emoções e do ambiente.

Em síntese, o controle subjaz aos fatores motivadores da cefaleia que foram referidos pelas participantes. Se, de um lado, o controle de fatores ambientais, como a regulação do sono, alimentação ou exposição à estímulos intensos, pode minimizar o risco de surgimento de uma crise, de outro lado, a ansiedade e frustração geradas pela falta do controle são fatores que instigam a sua manifestação.

### Quadro 9 – Respostas à pergunta: Como as pessoas recebem sua dor de cabeça?

“Eu não costumo falar muito quando eu estou com dor de cabeça, geralmente fico mais na minha, fico comigo mesma, mas, as vezes que eu comento, o que é raro, as pessoas falam para eu tomar um remédio ou tomar um chá, geralmente é bem dentro desses comentários, mas eu não costumo falar muito não, geralmente fico mais comigo mesma [...]. Então, geralmente as pessoas falam ‘ai você está muito estressada, tenta tomar algum remédio’, ‘tenta diminuir, desacelerar seu ritmo’ ou ‘toma um chá’”.

“Eu estava para ser promovida e aí meus líderes eram absolutamente contra isso mas me disseram que o RH achava que não podia me promover naquele momento porque eles achavam que não podiam fazer algo bom de algo ruim, então a crise de enxaqueca talvez eu estivesse mostrando que estava fazendo mais do que eu deveria e que talvez com a promoção eu ficasse mais pressionado a fazer mais coisas, então eles achavam que não era algo legal, o que me deixou obviamente bem puta, mas isso durou uns 6 meses”.

“Não, normalmente eu falo ‘nossa, que dor de cabeça’, aí: ‘toma um Dorflex, já tomou alguma coisa? Já tomou algum remédio?’ [...] ‘nossa, mas ainda? Você não tomou nada?’, às vezes, realmente não tomei, não gosto de ficar tomando muito remédio, mas, às vezes, eu tomei e não passou, ‘tomei 5 dipirona e não passou, acredita?’, mas as pessoas estão sempre surpresas por mais que seja uma coisa que eu sinta muitas vezes, mas enfim”.

“Como uma dor normal, elas falam ‘vai tomar um remédio, vai dormir um pouco’, mas eu que pedi para ir ver, ninguém nunca falou nada, achavam normal, todo mundo tem teoricamente”.

“Geralmente, tanto no meu trabalho quanto em casa, é oferecido remédio, mas eu me recuso, ‘ai, toma um remedinho que passa’, aí eu falo ‘não, não é o que eu preciso’, como eu falei, se é falta de sono, eu preciso descansar, dormir, aí eu sempre respondo ‘a não, se não passar até a noite quando eu dormir eu acordo bem’, e geralmente é o que acontece”.

“As pessoas fazem seus relatos, ‘eu também tenho’, ‘meu parente tem’. Quando eu era jovem, que eu morava com os meus pais, eles entendiam que eu tinha problema, me deixavam no escuro e tal. Basicamente isso, quando você fala, a pessoa ‘ai eu tomo tal remédio’, tinha uma amiga que falava assim ‘toma Sumax. Sumax para mim é maravilhoso’”.

“Todo mundo acha que é frescura, imagina, não existe uma dor de cabeça tão forte, tão intensa assim, imagina se uma dor de cabeça pode durar tanto tempo, então as pessoas não acreditam que essa dor de fato existe”.

“Sim, o que eu mais ouço as pessoas falarem é que isso é psicológico, e a gente se chateia bastante porque só quem sabe o que está sentindo é a pessoa, e as pessoas falam ‘já está com dor de cabeça de novo?’, ‘Ave Maria, essa dor de cabeça não passa não?’”

Fonte: dados da pesquisa.

Os relatos das participantes revelam que, muitas vezes, elas não encontram acolhimento das pessoas com quem convivem no meio social, as quais parecem subestimar ou generalizar as dores de cabeça oferecendo receitas prontas que se baseiam no senso comum: a automedicação e intervenções comportamentais ou emocionais estão entre as sugestões mais comuns.

Em relação a automedicação, os medicamentos analgésicos, que podem ser comprados sem a prescrição de um médico, são os mais sugeridos, com a exceção de uma das participantes que citou a indicação de uma amiga para tomar Sumax, que é um medicamento para tratamento de crises de cefaleia adquirido somente com prescrição médica.

Os aconselhamentos que envolvem mudanças comportamentais ou emocionais também são frequentes: indica-se, por exemplo, que as participantes diminuam o ritmo de trabalho e procurem “relaxar” ou “tomar um chá”. Ainda que essas sugestões pareçam, muitas vezes, menosprezar a dor que é vivenciada pelas participantes, elas revelam que existe uma percepção do meio social de que as emoções podem ter um impacto significativo sobre a cefaleia, de modo que seria possível atuar sobre as emoções para a diminuição da dor. Aventa-se que esses aconselhamentos indicam, ainda, que as participantes são percebidas pelas pessoas que convivem com elas como estressadas e ansiosas.

Um dos relatos chamou a atenção, pois a cefaleia de uma das participantes foi percebida no seu ambiente de trabalho como uma decorrência do estresse e sobrecarga de trabalho, a tal ponto, que o setor de recursos humanos da empresa avaliou que uma promoção naquele momento seria inadequada, uma vez que interpretaram que a dor de cabeça da participante era um sinal de que ela estava fazendo mais do que deveria. Nesse caso, fica evidente o prejuízo da cefaleia na vida da participante. Relatos como este, revelaram que, por vezes, o meio social apresenta uma relação de apoio e preocupação com as participantes.

Contudo, foi comum o relato de que as pessoas interpretam a dor como “frescura”, ou reduzem a experiência a um fator exclusivamente psicológico, assumindo com isso, que a dor seria um componente imaginário, como se a pessoa que a sente tivesse algum controle sobre ter ou não a cefaleia. Esse tipo de discurso tem um impacto emocional sobre aqueles que sofrem com o problema, diminuindo a frequência com que se expressam e, em última instância, levando a um maior isolamento social. Cabe destacar que um trabalho educativo com a população em geral a respeito da intersecção entre psique e corpo seria importante para minimizar as reações e discursos que invalidam os problemas psicossomáticos.

**Quadro 10 – Respostas à pergunta: Tem alguma coisa que você faz que ajuda a diminuir as dores de cabeça? Você acha que tem algo que você consegue fazer que controle as dores?**

“Eu sinto que quando eu ando de bicicleta, quando eu faço algum esporte, quando eu vou na academia, ou quando eu dou uma suada parece que melhora. Só que quando é aquela dor de cabeça tipo enxaqueca, que dá até vontade de vomitar, a única coisa que eu consigo fazer e me faz melhorar é dormir, ficar no escuro e dormir”.

“Eu preciso relaxar, que uma coisa que é difícil para uma pessoa controladora que é relaxar, então eu tenho muita dificuldade, porque como dura muito tempo, isso faz com que eu entre em um ciclo de ansiedade maior pensando em quando vai parar [...] Mas em termos de dor, como o meu problema não é exatamente a dor, se eu tomo por exemplo uma Novalgina, melhora, eu não sinto mais a pressão que eu sentia, e também tem um outro remédio que eu evito tomar, e porque depois disso eu fui em um neuro e depois eu fui em um clínico que é especialista em enxaqueca e eu também fiz uma dieta restritiva de 3 meses para limpar os meus neurotransmissores que ele falou que era para desintoxicação [...]. E aí tem o Naramig também que ajuda nessa despersonalização, ele ajuda a voltar mais rápido, mas eu evito tomar porque ele é um vaso compressor e na minha família tem muitos casos de doenças cardiovasculares [...]”.

“Tem, dipirona em gotas, às vezes alguma coisa medicinal que não é com frequência que eu uso, as únicas vezes que eu uso é quando eu estou com dor de cabeça, então beleza, tanto que esta aí, comprei 6 gramas a um ano já, mas é a única coisa, Dorflex não passou, Dipirona não passou, é para relaxar né, é um depressor do sistema nervoso, então às vezes isso, acupuntura me ajuda bastante [...]”.

“Então, como eu falei, dormir mesmo, de preferência um quarto bem escuro e descansar.”

“Acho que você se hidratar bem, fazer exercício, ter uma alimentação boa, não que você nunca vá comer besteirinhas, mas procurar na maior parte do tempo comer coisas boas, acho que ajuda muito. Sal é ruim para dor de cabeça, quando você come muito sal, você retém líquido e isso é muito ruim para enxaqueca, evitar comer muito sal. Eu evito”.

“Então, hoje como eu sei que é uma questão emocional eu procuro ser extremamente calma, mas eu sou muito nervosa, então tudo me irrita, tudo me deixa nervosa, aí quando eu descobri que essa era a causa, eu tento ficar mais calma, eu tento trabalhar isso, só que não faço nada em específico [...]”.

“Tem, para mim, tomar banho, coloco água ou morna ou gelada nos pés e na cabeça, e sempre meu marido faz massagem em mim [...]. Eu tomo banho e coloco água gelada nos meus pés e na nuca, eu melhora, alivia bastante a dor. E repouso, entrar no quarto, desligar a luz e tentar descansar”.

Fonte: dados da pesquisa.

As principais estratégias apresentadas pelas participantes para lidar com as dores de cabeça são as alterações de hábitos e comportamentos (e.g. fazer exercícios, dormir, tomar líquidos, fazer massagem, tomar banho, manter uma alimentação saudável e tentar controlar as emoções). O uso de medicamentos

analgésicos, como dipirona ou Dorflex, aparece em segundo plano e é, muitas vezes, considerado ineficaz ou fonte de ansiedade. Uma das entrevistadas falou sobre o Naramig, que é um medicamento de prescrição médica, mas afirmou evitar o seu uso. Outra prática referida para mitigar as dores de cabeça foi a acupuntura, que é considerada um tratamento complementar para as cefaleias.

Em síntese, é possível perceber a grande quantidade de abordagens e estratégias que as participantes descrevem para o controle e diminuição de suas cefaleias. Nenhuma delas referiu fazer uso de tratamentos profiláticos tradicionais, como o uso diário de medicamentos para impedir o surgimento da dor.

#### **Quadro 11 – Respostas à pergunta: Você se considera uma pessoa ansiosa?**

“Sim, absolutamente, muito. Eu sou muito ansiosa mesmo”.

“Sim, demais, é uma coisa que eu lido desde pequena é a ansiedade, e eu acho que muita gente né, mas eu tenho muita dificuldade de controlar ela, tenho dificuldade e para mim é muito difícil”.

“Sim, eu sou uma pessoa muito ansiosa, em momentos já fui mais, já fui menos, já tomei durante muito tempo [remédio] [...]Então eu sou muito ansiosa, e acho que tem um pouco desse meu perfil controlador de precisar estar sempre ocupada [...]”.

“Muito, tenho me policiado um pouco, porque com a idade a gente aprende a se policiar também, mas sempre fui, hoje me policiando mais”.

“Sim, eu sou ansiosa”.

“Bastante, ultimamente então”.

“Sim, eu me considero uma pessoa muito ansiosa, muito mesmo. Se eu assistir televisão e eu ver uma notícia ruim já entro em crise de ansiedade, já começo a pensar em coisas que a gente sabe que pode nem acontecer, coisas que estão bem distante da nossa realidade, mas eu já entro na ansiedade por conta disso, já fico bem ansiosa mesmo”.

Fonte: dados da pesquisa.

As participantes relataram um alto nível de ansiedade. Chamou a atenção que uma delas associou a ansiedade ao seu “perfil controlador”, e outras, utilizaram os termos “controle” e “policiar” para descrever as maneiras que tentam lidar com a ansiedade. Outra participante, referiu a ansiedade e o medo com relação ao futuro e a situações que, segundo ela, estariam bem distantes da sua realidade – ou seja, fora do seu controle. Novamente, o controle se destaca como um fator importante que perpassa as vidas das pessoas com cefaleia, de modo que tanto o seu excesso quanto

a sensação da sua ausência podem ser considerados fatores desencadeadores das cefaleias, cabendo, ainda, destacar que esse fator caminha junto com a ansiedade.

### **Quadro 12 – Respostas à pergunta: Como você lida com a sua ansiedade?**

“Eu como, eu mando e-mail para o meu psicólogo, se não for semana de terapia, porque eu faço quinzenal né, eu mando e-mail, eu tento entrar ao máximo na realidade que eu consigo, porque minha ansiedade tem muito controle sobre detalhes de coisas, não pensar em coisas que vão acontecer, então eu pareço ser uma pessoa muito organizada e preparada, mas na verdade não, a verdade é que eu sou assim porque eu sou ansiosa e eu sei que não tenho controle sobre nada, então eu tenho meu dia preparado, por exemplo segunda tem trabalho presencial, eu já sei que roupa eu vou usar, se estiver frio, se estiver calor ou se estiver ameno, eu não sei ainda mas vou saber domingo à noite, um pouco antes de dormir eu vou pensar: ‘a o tempo está assim, que roupa eu vou usar amanhã?’, para eu poder acordar e não me atrasar, não passar calor durante o dia, eu sei que vai ser um dia corrido, a gente vai receber muitas pessoas então como eu vou me organizar para isso, quais máscaras eu vou levar, o que eu vou fazer se minha máscara sujar o tempo inteiro, quantas vezes eu vou trocar, que sapato eu vou para ficar confortável o suficiente, para não doer minha lombar no outro dia e não passar calor com um tênis gigante, então eu me super preparo para as coisas e é assim que lido [...]”.

“Não lido [com a ansiedade]. Eu estou tão acostumada que eu só vivo com ela, eu cheguei a fazer psicólogo uma época, mas não deu muito certo, eu não sei se fiquei com um pouco de medo de voltar, aí eu não nunca mais voltei”.

“Eu fico comendo meus dedos, eu como essa parte lateral do meu dedo ou fico puxando, quando eu era mais nova eu roía unha, hoje eu não roo mais a unha, mas eu tenho esse costume, na quarentena eu fiquei cheia de ferida do tanto que eu comia meus dedos, é uma coisa que eu fiz sempre, antes eu roía, hoje eu como essas laterais”.

“Hoje em dia eu procuro me desviar, procuro mudar de pensamento, fico meio que conversando comigo”.

Fonte: dados da pesquisa.

As formas para lidar com a ansiedade relatadas pelas participantes foram: buscar ajuda psicológica de um profissional, controle das situações, desvio dos pensamentos, comportamento repetitivo (comer as laterais dos dedos) e aceitação da ansiedade (“estou tão acostumada que eu só vivo com ela”).

A terapia foi citada como uma estratégia para lidar com a ansiedade por duas entrevistadas. Para uma delas, é vista como um processo positivo que a ajuda a lidar com a ansiedade e com os problemas do cotidiano. Para a outra, o processo “não deu muito certo”, o que a deixou apreensiva em buscar esse tipo de ajuda novamente.

O controle foi referido por uma das participantes, que descreveu que costuma se preparar e se organizar para o seu dia com antecedência, de modo a diminuir a sensação de imprevisibilidade que causa a ansiedade.

Outra forma de enfrentamento relatada foi roer as unhas ou as laterais dos dedos. Esse comportamento pode ser entendido como uma forma de deslocar a atenção dos pensamentos e indica um alto nível de ansiedade. Destaca-se, ainda, que essa forma de lidar com a ansiedade causa danos a participante (feridas nos dedos).

Por fim, uma das participantes usa o monitoramento e a modificação dos pensamentos como uma forma de lidar com a ansiedade (“fico meio que conversando comigo”). Essa participante relatou ter um bom controle sobre as suas cefaleias, o que indica que as suas práticas de regulação emocional podem ter um efeito positivo na diminuição da cefaleia.

No geral, nota-se que as participantes encontram meios para lidar com a sua ansiedade de forma intuitiva, com exceção da participante que relatou fazer terapia e procurar ajuda do psicólogo sempre que necessário.

### **Quadro 13 – Respostas à pergunta: A sua ansiedade afeta a sua dor de cabeça?**

“Quando eu fico muito ansiosa acaba mostrando no meu corpo, a prova é a dor de cabeça, dor de barriga, muito ansiosa”.

“A enxaqueca é muito resultado desse meu ciclo vicioso, dessa minha falta de organização e dessa muita cobrança que eu tenho comigo mesma, de ser muito rígida, de ter que estar sendo tudo perfeito, sendo tudo maravilhoso, então eu sou muito ansiosa e está completamente tudo conectado”.

“Sim, 100%, seja pelo bruxismo, seja pelo estresse que ela causa. Sim”.

“Afeta. Acho que se eu não tivesse ansiedade seria capaz eu nem ter dor de cabeça”.

“[...] afeta, dependendo do que acontece, se eu não consigo resolver um problema e eu tenho uma pressão, tenho prazo, tenho que resolver aquilo, eu fico com dor de cabeça”.

“Sim. Como te falei, hoje tenho me policiado mais, mas quando eu era mais [ansiosa], acabava piorando. Ela causava a dor”.

“Às vezes afeta, hoje de maneira especial eu percebo que ao invés de lidar com a dor eu passei a lidar em relação ao alimento [...] hoje eu tenho vontade de comer de forma que eu percebo que se eu não estiver comendo eu sinto uma pressão muito forte na cabeça, então começa a me dar bastante dor. Então, para não sentir a dor de cabeça eu acho que eu acabo fazendo isso, indo na comida vamos dizer assim, porque é como se fosse uma distração [...]”.

Fonte: dados da pesquisa.

Todas as participantes relacionaram a ansiedade ao aparecimento de cefaleias. Para uma delas, a ansiedade está tão ligada ao seu quadro de dor, que ela acredita que se não tivesse a ansiedade, provavelmente, não teria a dor de cabeça.

Os fatores elencados pelas participantes como geradores da ansiedade foram: cobrança, falta de organização, pressão, prazos, dificuldades para solucionar problemas e perfeccionismo. Esses fatores remetem à ideia de que as participantes têm um alto nível de exigência sobre si mesmas e uma necessidade de controlar o seu ambiente. A frustração desse controle geraria estresse que, por sua vez, conduziria à cefaleia.

Cabe enfatizar que o controle e a idealização da ação são características que se destacam no relato das participantes e se referem a aspectos que subjazem a ansiedade. Essa observação é importante porque apesar da ansiedade ser amplamente abordada nos estudos sobre a cefaleia, pouco enfoque é dado para as suas características e especificidades.

Um relato que chama a atenção a respeito da ligação entre a ansiedade e a cefaleia, é o da participante que relaciona a ansiedade com a necessidade de comer, de modo que, segundo refere, quando não come começa a sentir um tipo de cefaleia tensional. Esse relato aponta para os comportamentos indesejáveis e, muitas vezes prejudiciais, que são utilizados para a distração da ansiedade, tendo por finalidade última a evitação da dor.

#### **Quadro 14 – Respostas à pergunta: Suas dores de cabeça te deixam ansiosa?**

“Quando eu entro na crise eu sei que ela não vai passar depois de 3 dias, mas ao mesmo tempo eu fico na esperança que esse mês vai ser diferente, ai todo dia é uma frustração diferente, porque a minha despersonalização vem depois de 1 ou 2 horas depois que eu acordo, eu acordo bem, ai eu tomo café da manhã bem, ai de repente baixa, eu estou completamente desconectada, e é isso que mais me gera ansiedade, não é a fotofobia, não é a dor quando eu tenho dor, a despersonalização é o pior de todos, é um negócio que eu fico desesperada, as vezes eu fico até pressionando meu olho para ver se volta, coisa de gente louca, porque não vai voltar ao normal se ficar pressionando o olho, mas ai eu fico ansiosa até terminar [...]”.

“Também, porque eu já fico com medo de ser uma crise, porque como eu te falei, as minhas dores de cabeça eram assim, 2 dias ou 3 dias forte, tomava um analgésico já passava, só que as últimas crises não foram assim, ela me deixou muito ansiosa, ‘ai meu Deus, será que eu tenho um tumor?’, ‘será que é isso ou aquilo?’, já pensa que estava doente [...]”.

“Não”.

**Quadro 14 – Respostas à pergunta: Suas dores de cabeça te deixam ansiosa? – cont.**

“Então, piora muito, eu tenho um problema, sempre acho que vou morrer, então quando eu começo a sentir dor já começa a engatar, uma coisa vai engatando na outra aí parece que eu fico pior”.

“Acho que não, quando você está com dor de cabeça você fica tão passada que nada mais importa, você só quer se livrar daquilo”.

“Não, quando eu tenho dor de cabeça é como se todos os fardos da semana eu tivesse que tirar porque a tensão é voltada para a dor de cabeça de forma para fazer com que ela passe, você não consegue pensar muito, é uma coisa muito estranha, é até meio difícil expressar como que é”.

Fonte: dados da pesquisa.

As respostas das participantes à esta pergunta revelam algumas reações frente às suas cefaleias. Uma delas é o medo, principalmente, o medo de morrer ou de que a cefaleia seja um sintoma de um quadro mais grave. É possível pensar que, se as participantes relacionam a ansiedade com a piora das cefaleias, isso significa que os medos relatados podem agravar ainda mais a dor. Alguns relatos revelaram, também, o desespero e a expectativa de que a cefaleia suma, o que acaba fazendo com que a dor se torne o foco dos pensamentos. Depreende-se, a partir dessas respostas, que as cefaleias são experiências que tomam a atenção do indivíduo e geram uma grande carga de preocupação e ansiedade, que pode se traduzir em mais dor.

**Quadro 15 – Respostas à pergunta: A tristeza é uma emoção que te acompanha muito?**

“Não acho também que a tristeza seja um sentimento que me acompanha muito, obviamente que eu acredito que eu ainda esteja em período de luto [o pai da participante faleceu há pouco tempo], mas eu não acho que a tristeza seja o primeiro sentimento, não acho”.

“Triste acho que não é a palavra, acho que é mais puta e ansiosa, claro, sempre tem um pouco de melancolia de ficar despersonalizada por tanto tempo, mas não fico triste, eu sei que vai acabar, sei que não vou ficar o resto da vida assim, é só essa necessidade que acabe logo”.

“Tristeza não, procuro não focar muito na tristeza, eu penso que quando vem a tristeza ou alguma coisa triste eu procuro colocar na minha cabeça que há momento para tudo, eu estou passando por isso, mas amanhã é outro dia e eu já posso estar melhor, eu não gosto de focar na tristeza, eu tento pensar que aquilo já vai passar”.

“Tristeza? Não, eu acho que não sentir nada me acompanha mais do que me sentir triste, não no sentido de um vazio existencial, é só um anestesiamiento existencial, o que me incomoda também, mas tristeza não, não me acho uma pessoa triste”.

### **Quadro 15 – Respostas à pergunta: A tristeza é uma emoção que te acompanha muito? – cont.**

“Assim, tudo é uma questão, eu me acho bem mais tranquila agora, mas eu tenho depressão e faço tratamento, então eu já tive crises de depressão que automaticamente eu me sentia muito triste, ao ponto de não querer fazer nada”.

“Não, hoje não, talvez antes eu tivesse um pouco mais, mas hoje não, não é uma coisa que me acompanha mais não”.

Fonte: dados da pesquisa.

A maioria das participantes relatou a tristeza como uma emoção muito presente em suas vidas. Uma delas referiu que tem depressão e faz tratamento, destacando que só teve grandes rompantes de tristeza no passado. De maneira geral, os relatos não revelaram que a tristeza é uma emoção central para as participantes.

### **Quadro 16 – Respostas à pergunta: Você acredita que a tristeza afeta sua dor de cabeça?**

“Eu acho que sim, eu estou passando ainda por um processo de luto pois meu avô faleceu ano passado, em julho e acho que é uma coisa que tem me deixado triste às vezes ainda, mas não lembro de sentir mais, não foi uma coisa que marcou pelo menos, eu estar com dor de cabeça nesse período, ou por alguma situação que me deixou triste recentemente”.

“Só triste não, mas se eu tiver estressada junto acho que piora”.

“Uma coisa que me dá dor de cabeça é chorar, se eu choro muito ativa minha dor de cabeça, por exemplo, se eu vejo um filme, eu sou muito chorona, muito emotiva, e tem uns filmes que eu choro tanto, quando eu vejo que meu olho tá inchado em um grau muito alto, eu já falo ‘Putz, amanhã vou ficar com dor de cabeça’, então chorar excessivamente me dá dor de cabeça, não o sentimento em si, se alguma coisa me faz chorar muito, um sentimento ou alguma coisa que faz chorar, uma situação, um acontecimento ou um filme, eu fico com dor de cabeça, chorar me dá dor”.

“Eu acredito que ela afeta porque ela pode desencadear essa questão emocional, a tristeza acaba te estressando mais, você fica triste porque ‘ai não consegui isso’, às vezes, por coisas muito bobas mas acaba que tudo vai influenciando na questão do sentimento e pega na questão emocional, aí lascou tudo, acaba que a dor de cabeça aparece”.

Fonte: dados da pesquisa.

Os relatos revelaram que, para a maioria das participantes, a tristeza estaria associada à cefaleia de uma maneira secundária – ou seja, se relacionaria com a dor de cabeça apenas quando uma situação triste é estressora, geradora de ansiedade ou de irritação. Assim, a tristeza seria uma emoção indiretamente relacionada às

dores, uma vez que ela aumentaria a sensibilidade a outras manifestações emocionais ou as potencializaria, o que poderia desencadear as cefaleias.

#### **Quadro 17 – Respostas à pergunta: Suas dores de cabeça te deixam triste?**

“Não, eu não tenho uma sensação de tristeza quando estou com dor de cabeça”.

“Eu fico chateada, mas não fico triste”.

“Eu fico, às vezes, você perde coisa porque está com dor, não pode fazer algumas coisas”.

“Sim, fico sim, é muita dor”.

“Não, na verdade ela incapacita, digamos assim, acho que é a palavra mais adequada”.

Fonte: dados da pesquisa.

Dois participantes relataram que o que as deixa triste é o fato de a cefaleia ser incapacitante e resultar na privação de algumas experiências ou atividades. Contudo, no geral, a dor de cabeça não foi referida como um fator que causa tristeza nas participantes.

#### **Quadro 18 – Respostas à pergunta: A raiva é uma emoção muito presente na sua vida?**

“Acho que a raiva sim, mas a minha raiva não é um rancor, não é uma coisa que eu fico guardando, que eu fico sentindo raiva durante anos, é uma coisa muito pontual, então eu me estresso muito mais pontualmente e depois passa, me estresso muito mais com algumas coisinhas e depois passa, não é uma coisa que eu fico levando [...]”.

“Então, a minha personalidade é muito brava, muito rígida, mas não raivosa, eu sou mais irritada, por ser muito rígida com coisas, eu prezo pelo bom, então, por exemplo, no trabalho as pessoas sabem que eu sou muito exigente então uns erros bestas eu não aturo, eu acho que sou mais brava e exigente do que raivosa, mas eu sinto um pouco de raiva das coisas e das pessoas quando elas não saem da forma como eu queria”.

“Eu sou tranquila de uma forma, mas algumas coisas me levam a ter momentos de raiva, se eu acordar, por causa da minha ansiedade eu já quero arrumar logo a casa, se a casa está bagunçada eu fico com raiva, aí depois que a casa já está toda arrumada a raiva passa, minha raiva passa muito rápido, é momentâneo só enquanto eu não consigo resolver a situação, depois que eu resolvo, pronto, passa tudo”.

“Eu pego até um pontinho de raiva na acupuntura que é o fígado também, mas eu tenho sentido muita raiva ultimamente e quando eu fico com raiva eu choro, eu tenho que diferenciar meu choro de tristeza e meu choro de raiva, mas sim, eu sinto muita raiva [...]”.

**Quadro 18 – Respostas à pergunta: A raiva é uma emoção muito presente na sua vida? – cont.**

“Então, o que eu reparei, aliás, eu me liguei nisso há pouco tempo, eu estava vendo umas pessoas falando sobre ansiedade, e a pessoa ansiosa se irrita fácil, então, às vezes eu acho que eu me irrita por besteira, por coisa sem necessidade, então coisas bobas, por exemplo o J. [filho] me fez alguma coisa e eu acho que ele não deveria fazer, eu sinto sim, não sei se raiva, mas um sentimento ruim, eu não gosto”.

“Não, mesma história da tristeza, se eu percebo que eu estou, eu procuro, não sei, eu já fui mais, hoje eu entendo que é um amadurecimento, por exemplo, uma situação bem boba, eu entro na minha cozinha e ela está totalmente bagunçada, sendo que eu deixei em ordem, então eu ia corrigir o que está errado meio que reclamando né, aí eu fui corrigindo e agora não existe mais reclamação, comecei a achar feio isso[...]”.

Fonte: dados da pesquisa.

De maneira geral, as entrevistadas relataram sentir muita raiva e irritação, e, de acordo com elas, essas emoções estão vinculadas a experiências estressantes. É importante notar que situações que fogem ao controle das participantes foram referidas como promotoras de emoções intensas, por exemplo esperar um comportamento de alguém que não atende a expectativa ou situações que envolvem uma desorganização do espaço. Revela-se, assim, o desejo de controlar e organizar o ambiente e o comportamento das outras pessoas. O perfeccionismo é outro elemento que perpassa os relatos, revelando a necessidade de que as coisas tomem um rumo esperado ou planejado. A raiva parece ser uma emoção que emerge frente a desorganização e a frustração do perfeccionismo.

**Quadro 19 – Respostas à pergunta: Você acha que a raiva influencia sua dor de cabeça?**

“Acho sim que a raiva me dá dor de cabeça, o estresse me dá dor de cabeça, acho sim, acho que os dois estão ligados sim. No meu caso acho que sim”.

“Sim, se eu sentir raiva, estar estressada, me dá logo dor de cabeça”.

“Não, acho que não, me deixa estressada, aí eu tenho dor de cabeça, mas a raiva não”.

“Sim, porque quando você está com raiva você fica tenso, e desencadeia uma série de problemas, fica com tensão”.

“Ela influencia muito, hoje eu não sinto tanta raiva justamente porque eu fui descobrindo que essas emoções todas me fazem muito mal, mas todas as vezes que eu sinto muita raiva de alguma coisa, seja coisa, seja alguém, seja alguma atitude minha, eu sei que isso desencadeia a dor, então eu procuro evitar”.

Fonte: dados da pesquisa.

A maioria das participantes referiu que percebe uma relação entre a experiência da raiva e o surgimento da cefaleia. Para elas, a tensão gerada por essa emoção e as situações estressantes estão relacionadas ao surgimento da dor.

**Quadro 20 – Respostas à pergunta: Como você lida com a raiva? Você reprime ou expressa sua raiva?**

“Geralmente eu tenho que me descarregar, com palavras, então eu não consigo ficar com muita coisa guardada, então, se eu estiver muito irritada com alguma coisa eu prefiro ir e falar, descarregar, meio sem controle mesmo, sem limite, aí 5 minutos depois eu já estou mais calma, já estou mais aliviada, mas geralmente eu acho que é dando uma explodidinha, vamos dizer assim”.

[...]O principal ponto é que eu guardo tudo para mim, não externalizo a minha raiva, e acho que isso pode de alguma forma interferir também[...].”

“Não, não ponho ela para fora, eu guardo muito porque eu acho que se eu explodir no momento da raiva, se a pessoa explode no momento da raiva muitas vezes fala muitas coisas que não deveria e as vezes até mágoa o outro por causa disso, depois que passa a raiva que eu vou tentar resolver a situação, no momento da raiva eu não costumo por ela para fora não”.

“Geralmente eu reprimo ou fico brava quando as pessoas estão certas [...] então quando eu estou brava com alguém, eu não vou falar com você se não eu vou explodir [...] só que daí, eu precisava engolir um pouco minha raiva, até eu me acalmar, aí se eu não melhorava eu só ia engolindo a raiva, então eu tenho a tendência de reprimir muito a minha raiva, eu choro quando eu estou com raiva, porque eu não consigo soltar ela, então ela solta de outras formas, mas eu reprimo minha raiva, resumindo, reprimo muito”.

“Eu choro, eu não descontro não, eu choro só”.

“Geralmente eu penso: ‘puta, que besteira’, agora que eu sei mais, que isso é gerado pela ansiedade, eu tento me controlar, às vezes, eu vejo uma coisa e falo: ‘não, não vou ligar para isso, vou ficar quieta’, é isso que eu penso, eu tento racionalizar esse sentimento, ‘para que eu vou ficar nervosa com isso? coisa ridícula!’, uma coisa que não precisa, eu tento racionalizar”.

“Depende da situação, tem hora que você é obrigado a reprimir, está acontecendo um problema hoje, amanhã e depois, aí eu vou reprimindo até o momento certo de eu falar, aí já falo mesmo”.

“Se eu estou nervosa, como diz o ditado: ‘eu solto os cachorros para qualquer lado’, isso, seja no trabalho, seja dentro de casa, seja onde for, eu não consigo guardar aquilo para mim, eu acabo soltando e tenho que partilhar com todo mundo, aí vejo o que dá”.

Fonte: dados da pesquisa.

As participantes relataram que lidam com a raiva de maneiras diferentes, algumas, externalizam a emoção, e outras, a mantêm internalizada. Em relação aquelas que referiram adotar um padrão de externalizar a raiva, nota-se uma expressão muito intensa e descontrolada, como uma explosão de raiva, que seria,

para as participantes, catártica. Por outro lado, as participantes que se encontram na polaridade oposta à externalização, costumam reprimir a raiva e relatam problemas por conta disso, já que parece que a repressão dessa emoção não soluciona os problemas. De qualquer forma, as expressões da raiva das participantes, ainda que em polos opostos, são intensas: muita repressão ou expressão descontrolada.

#### **Quadro 21 – Respostas à pergunta: Você acha que a alegria afeta sua dor de cabeça?**

“Não sei, eu acho que eu tenho alguns picos de felicidade meio altos, mas não sei na verdade, não sei se picos de alegria me dão dor de cabeça, ficar muito feliz toda hora me dá dor de cabeça, não lembro de ter acontecido sinceramente”.

“Não, quando eu estou feliz, só estou feliz mesmo, eu não ficaria feliz se eu estivesse com dor de cabeça”.

“Acho que não, não me lembro em um momento de alegria ter tido dor de cabeça”.

“Também, se eu estiver muito alegre ou muito triste, qualquer um dos dois sentimentos afeta bastante, se eu estiver muito feliz com alguma coisa aquilo pode também desencadear uma dor de cabeça, então tudo eu tenho que ficar com o botão de dosagem, porque se eu sentir muita felicidade é 100% de certeza que eu vou sentir dor de cabeça, é uma coisa muito rara eu falar que eu fiquei com aquele sentimento de muita felicidade e não sentir dor de cabeça, não consigo me lembrar disso, é muito 8 ou 80”.

Fonte: dados da pesquisa.

Somente uma das participantes relacionou o excesso da emoção de alegria ao aparecimento de cefaleias, mas, ela destacou que percebe isso na maneira como lida com diversas emoções, de modo que não seria necessariamente a qualidade ou conteúdo da emoção que seria o fator desencadeador, mas a intensidade ou “dosagem” com que a vivencia. No geral, as participantes não relacionaram suas cefaleias à emoção de alegria. Uma delas referiu que não ficaria feliz “se estivesse com dor de cabeça”. Esse relato indica que a cefaleia pode ter um impacto sobre a sensação de prazer e remete à ideia de que a primeira se correlacionaria de maneira negativa com a segunda.

## Quadro 22 – Respostas à pergunta: Você acha que a dor de cabeça afeta sua capacidade de sentir felicidade ou prazer?

“Consigo, consigo sentir prazer, consigo tranquilo sim, não deixo de comer nada, ou de fazer alguma coisa por estar com dor de cabeça, só se ela estiver extremamente aguda, mas realmente não acontece muito, só se eu precisar deitar e fechar o olho, mas se eu estou com uma dor de cabeça mais ou menos eu consigo fazer minhas coisas normal”.

“A minha enxaqueca afeta muito minha alegria, minha qualidade de vida, essa coisa de se sentir leve e também a confiança na vida que afeta muito isso, porque eu nunca sei, aí eu fico pensando: ‘Posso fazer isso? Não posso fazer isso? Será que isso vai desencadear minha dor de cabeça? Será que isso não?’, então interfere muito e interfere quando eu estou na crise, eu fico completamente passada, ainda que eu me divirta não é a mesma coisa, fico desconectada”.

“Sou uma pessoa alegre, gosto muito de brincar e é tanto que quando estou com enxaqueca é bem notável, eles sabem que eu não estou bem, porque sou uma pessoa muito alegre, muito feliz, quando eu chego todo mundo diz ‘lá vem ela’, então quando eu não chego dessa forma já percebem que tem alguma coisa errada. Até porque eu trabalho com criança como voluntária, eu e meu esposo temos um projeto social de criança e quase todo dia tem trio para eles na praça em frente à minha casa, e quando eu chegava, eles já falavam: ‘vixe, você está com dor de cabeça né?’, porque eles já percebiam que meu humor era outro, não chegava alegre e é difícil você estar com dor de cabeça e chegar normalmente, não consegue e é uma coisa que incomoda demais, então todo mundo já percebia”.

“Sim, a não ser que seja uma barra de chocolate na minha boca eu não sinto prazer em mais nada enquanto eu estou com dor de cabeça”.

“Sim, o desconforto é muito grande”.

“Sim, quando você está com dor de cabeça você não quer nada com nada, quer ficar na sua, fica incapacitado, é uma dor incapacitante, eu acho”.

“Sim, porque você não consegue fazer as coisas, por exemplo eu estou trabalhando e agora a gente está no período de campanha eleitoral, vamos supor que eu preciso acompanhar um candidato, e ele vai promover uma festa, estou morrendo de dor de cabeça mas eu tenho que ir, eu vou pela questão da obrigação profissional, mas eu não consigo produzir lá a mesma coisa que eu produziria, então me incapacita bastante e se é alguma coisa que eu não queira fazer, também me dá dor de cabeça muito forte e eu não consigo ir, e da mesma maneira, se for algo que eu queira ir e me traga ansiedade para eu ir, também me dá dor de cabeça e muitas vezes eu não consigo ir, tudo é motivo para dor de cabeça”.

Fonte: dados da pesquisa.

As participantes relataram que suas cefaleias afetam sua capacidade de sentir prazer, contudo o impacto é muito variável. Algumas participantes referem que não sentem nenhum prazer no momento em que estão com dor, outras relatam que não sentem que a dor reduz a capacidade de fazer as coisas ou ter prazer.

Algumas participantes destacaram a dificuldade de cumprir algumas obrigações do trabalho ou outras atividades do dia a dia, mesmo com a dor, de modo

que isso acaba impactando a sua performance, o que é perceptível para as pessoas ao redor. A dor é, por vezes, sentida como incapacitante, fazendo com que as participantes tenham que abdicar de alguns prazeres ou tarefas.

### **Quadro 23 – Respostas à pergunta: Você sente muito medo?**

“Então, eu não sentia isso, também é uma coisa que eu comecei a sentir depois que meu pai faleceu, eu não tinha tanto medo dessas coisas, mas eu sinto que estou muito mais medrosa do que antes[...]”.

“Nossa, eu sou muito medrosa, medrosa e da teoria da conspiração. Às vezes, eu deito para dormir e fico pensando: ‘meu deus, talvez um asteroide possa cair hoje e acabar com tudo’, ‘um avião pode bater no meu prédio ou o prédio desmoronar’, na minha cabeça funciona desse jeito. Eu lembro uma vez na casa de um ex-namorado que ele morava em um prédio, em um lugar muito alto e ele morava em um dos últimos andares, e caiu uma chuva que eu tinha certeza absoluta que o prédio ia cair, e daí eu já não estava mais nem ansiosa, eu já tinha aceitado o fato de que o prédio ia cair e eu ia morrer, então esse negócio da morte, essa eminência da morte, quando você não consegue prever essas coisas súbitas, me pegam muito, tem dias que eu paro eu penso ‘nossa, eu vou morrer um dia, tudo que eu tenho vai acabar’[...]”.

“Muito, sou uma pessoa muito medrosa, principalmente em termos de família, tenho muito medo de perder meus filhos e minha família, então eu preservo muito, até em momentos de discussão com o marido tenho medo de dizer por motivos de separação, tenho muito medo mesmo, até quando eu estou na praça com os meus filhos eu tenho medo, me dá pânico, sou uma pessoa muito medrosa”.

“Acho que pela ansiedade sim, se eu sei que tenho que chegar muito na hora, eu tenho medo de chegar atrasada, mas medo de terror, pavor, não, eu sinto mais um receio em relação ao que eu estou planejando não dar certo ou que vai dar certo e não vai ser o que eu esperava, esse tipo de medo”.

“Sim, do controle, às vezes eu penso: ‘nossa, um dia eu vou morrer’, aí eu começo a ficar pensando, pensando e pensando e quando eu vejo eu estou com medo de tudo. Eu tenho medo de andar sozinha na rua, é um medo meio reprimido, eu ando, mas tenho medo”.

“Não, nunca fui de ter medo das coisas, eu sempre procurei fazer as coisas sozinha, então acho que isso sempre fez com que eu não sentisse medo, então medo acho que não”.

Fonte: dados da pesquisa.

Foi comum o relato das participantes de que o medo é uma emoção muito presente em suas vidas, bem como que seus medos são geradores de tensão e ansiedade. O medo da morte (sua ou de familiares) foi muito relatado pelas participantes. Uma delas revelou que convive com o medo constante por imaginar inúmeras tragédias que poderiam ocorrer. Outra, falou do medo da possibilidade de sair na rua e morrer repentinamente. Esses relatos remetem à questão do controle,

uma vez que a morte representaria a própria experiência do ser humano diante do não controle.

Outro caso que remete ao medo do não controle foi referido por uma participante que descreveu o medo de chegar atrasada ou de não realizar as coisas como planejado. Assim, a maioria dos medos relatados dizem respeito a imprevisibilidade e as mudanças súbitas que a vida pode proporcionar, gerando nas participantes ansiedade e, em alguns casos, uma necessidade de controlar os elementos externos.

#### **Quadro 24 – Respostas à pergunta: Você acha que o medo influencia na sua cefaleia?**

“Ficar pensando muito na possibilidade de talvez perder alguém de novo, talvez perder o trabalho, o prazo, então isso me assusta e me dá dor de cabeça sim, bastante”.

“Não desencadeia a enxaqueca, mas eu fico mais tensa, talvez o resultado venha depois, fico com dor de cabeça, mas não com enxaqueca, fico mais tensa”.

“Acho que todos os pensamentos ruins quando vêm em você um atrai o outro, então acho que todos eles podem sim ser o motivo, porque quando vem o medo já vem a ansiedade, já junta um monte de coisa”.

“Acho [o medo] que influência mais minha ansiedade do que minha dor de cabeça, estão ligados, mas se eu conseguir controlar minha ansiedade eu controlo minha dor de cabeça, meio que uma coisa vai afetar a outra, em outra ordem”.

“Sim, às vezes, mesmo sendo recorrente a dor de cabeça, eu acho que pode ser outra coisa, aí eu começo a ficar com medo, medo do médico não ver sabe?”.

“Nunca observei, vou começar a observar. Pode ser, porque o medo gera tensão, mas nunca prestei atenção. Não sei te falar”.

“Não, nunca fui de ter medo das coisas, eu sempre procurei fazer as coisas sozinha, então acho que isso sempre fez com que eu não sentisse medo, então medo acho que não.”

Fonte: dados da pesquisa.

Os relatos das participantes revelam que o medo atua como mediador para a ocorrência da cefaleia, de modo que ele estaria relacionado a ansiedade e tensão que, por sua vez, levariam a manifestação da dor. Assim, para as entrevistadas, o medo não atuaria como o responsável direto por causar a dor, mas estaria envolvido na cadeia de situações que levam a ela. Ao que parece, há um efeito “bola de neve”, em que uma emoção vai puxando a outra e isso acaba por resultar em uma tensão que gera a ansiedade e por sua vez a cefaleia.

**Quadro 25 – Respostas à pergunta: Qual seu maior medo em relação a sua dor de cabeça?**

“Morrer. Às vezes, quando ela vem com desmaio, eu lembro que um médico me falou que o perigo do desmaio é a queda, eu tenho muito medo de passar mal, desmaiar, bater a cabeça, ou de ser alguma coisa neurológica”.

“Eu tinha antes de eu ir no médico, eu achava que eu estava com tumor ou alguma coisa, às vezes, depende de como está a dor de cabeça, eu sinto umas dores em um lugar específico, aí fico pensando: ‘será que eu estou com tumor? será que eu tenho um aneurisma?’, dependendo de onde a dor vem, porque, às vezes ela dá uma pontada na cabeça, eu tenho sim”.

“Hoje não, o medo que eu tinha era de repente ter um AVC, ou coisas que me trariam a incapacidade, porque eu sempre fui muito independente, então isso me deixaria em uma situação bastante delicada, porque eu sempre pesquisei bastante, só que eu não sei se procede ou não as pesquisas, por serem da internet, e sempre vi que enxaqueca é uma coisa e o AVC é uma causa totalmente diferente, e dificilmente, raramente coincidiria uma coisa com a outra, e também já tive casos de AVC na família e eu vejo que realmente são coisas diferentes, então não me causa mais esse medo, mas quando a dor vem muito forte, a sensação que dá é que ‘é hoje que eu vou embora”.

Fonte: dados da pesquisa.

Os principais medos das participantes em relação às suas cefaleias são de que elas estejam relacionadas a situações clínicas mais graves como um AVC ou um tumor na cabeça. Esse medo gera grande carga de ansiedade e preocupação.

Para uma das participantes, a dor intensa que leva ao desmaio é fonte de preocupação, já que existe um risco acentuado de bater a cabeça ao cair com o desmaio. Independente da forma que se manifesta, o medo evidencia uma grande carga de catastrofização que perpassa os pensamentos das participantes. Suscita-se que a intensidade das dores pode chegar a ser tão grande, que leva as participantes à pensamentos em torno de catástrofes – em todos os relatos revela-se o medo de morrer por uma doença grave ou por um acidente.

**Quadro 26 – Respostas à pergunta: O nojo é uma emoção presente na sua vida? Afeta a sua cefaleia?**

“Não, nem um pouco”.

“Não, nada, isso tá tranquilo, não tenho muitas questões”.

“Não, não tenho esse sentimento de ter nojo não. Não costumo ter esse sentimento então não deve afetar não”.

“Não, eu tenho um monte de bicho, eu convivo com eles, eu lido com coisas nojentas direto, eu nunca fui de sentir nojo, bem jovem eu cuidava do meu sobrinho, e na época não tinha fralda descartável, era fralda de pano, eu tinha que pegar e limpar ele, dar uma pré-lavada nas fraldas para dar para a minha mãe lavar, tinha 15 anos. Desde sempre, eu sou muito resistente com esse negócio de coisas nojentas, óbvio que eu prefiro não ver, tem algumas coisas que me dão mais nojo, tipo vômito, eu detesto vomitar e não gosto de ver, acho bem nojento, mas tipo cocô, xixi, essas coisas eu não ligo tanto”.

“Se for muito, sim”.

“Olha, isso não é uma coisa que eu costumo sentir com frequência, mas se eu sentir sim, porque daí acaba vindo uma série de outros sentimentos juntos, então acaba afetando, afetaria sim”.

Fonte: dados da pesquisa.

As participantes não referiram o nojo como uma emoção de destaque nas suas vidas. Por consequência, não fizeram nenhuma conexão entre o nojo e as cefaleias, pelo menos não de uma maneira direta.

**Síntese das respostas às perguntas e comentários**

As entrevistas mostraram que as participantes relacionam o início das suas cefaleias a situações ou fatores estressantes, principalmente grandes mudanças e alterações em suas vidas. Destacou-se em seus relatos uma ênfase nas emoções, como fatores que desencadeiam as cefaleias, principalmente, a ansiedade. Apesar disso, as estratégias para lidar com as dores de cabeça que foram relatadas giram em torno de práticas comportamentais mais voltadas para a alimentação, exercícios, massagens e acupuntura. Pouco enfoque é dado para a regulação das emoções como uma estratégia para mitigar a ocorrência das cefaleias e as participantes parecem lidar com as emoções de maneira intuitiva.

Para as entrevistadas, as duas emoções mais associadas ao aparecimento das cefaleias são a ansiedade e a raiva. Outras emoções são vistas como secundárias e causariam a cefaleia por estarem vinculadas a essas duas últimas.

Um aspecto que ganhou destaque na análise das entrevistas foi o controle. Em diversos trechos as participantes referiram a necessidade de controlar seu ambiente, suas ações e emoções. Contudo, observa-se uma frustração desse controle diante da imprevisibilidade das diversas situações da vida. A constatação do não controle tem um impacto grande sobre as dores de cabeça das participantes, e muitas delas relataram existir um aumento das dores quando essas situações acontecem. A falta de controle é relatada também como um elemento que desperta ansiedade e raiva. Entende-se que o controle aparece como uma forma de proteção contra as dores de cabeça e emoções, e revela um padrão de funcionamento comum nos relatos.

Outro aspecto que ganhou relevo nas entrevistas foi a acentuada necessidade de cumprir as tarefas, prazos e compromissos do cotidiano, revelando uma autocobrança nas falas das participantes. Esse atributo dialoga com o controle na medida em que é possível notar uma vigilância sobre os próprios comportamentos: existe uma necessidade de ser o melhor possível, exercer disciplina e cumprir as tarefas com perfeição. Destaca-se, assim, uma idealização da ação e das competências do ego. São muitas as exigências a serem cumpridas: de um lado, há a expectativa de se comportar da melhor maneira buscando alcançar um ideal, de outro, a frustração dessa expectativa. Revela-se nos discursos das participantes que essa dinâmica está intimamente relacionada a manifestação das dores de cabeça.

A cefaleia é uma vivência que coloca as participantes diante da sensação de falta de controle e frustração da ação, haja vista que ela pode emergir de maneira repentina, perturbando e desorganizando as tarefas do dia e prejudicando a sua performance. Aventa-se que a dor de cabeça tenha uma função quase compensatória à posição excessivamente controladora das participantes.

### 6.2.2.3 Imagens, cenas e histórias associadas a cefaleia

Durante as entrevistas, as imagens, cenas e histórias referidas pelas participantes no questionário *online* foram retomadas e abordadas em profundidade, a fim de obter associações e mais informações sobre elas. As perguntas feitas foram as seguintes:

23. Quando você pensa na sua imagem, história ou cena, o que vem na sua cabeça?
24. Você consegue relacionar a cena, imagem ou história que você descreveu em relação a sua dor a alguma experiência ou situação real vivada por você ou alguma pessoa próxima?
25. Você acha que essa cena, imagem ou história tem algum significado especial? Ela te ajuda a entender melhor sua dor?
26. Se você pudesse mudar algo na sua cena, imagem ou história o que seria?
27. Pensando na cena, imagem ou história, para onde você acha que ela vai se desenvolver? Qual caminho vai tomar? Qual será seu final?
28. Tem mais alguma coisa que gostaria de falar ou acrescentar sobre essa cena, imagem ou história?

Esta seção apresenta a descrição e análise dessas informações<sup>3</sup>. As participantes 5, 7 e 8 não responderam à questão do questionário que abordava possíveis associações de cenas, imagens ou histórias à sua dor de cabeça, por esse motivo suas respostas não estão incluídas nesta seção.

As respostas de cada participante foram consideradas separadamente e organizadas de acordo as seguintes categorias:

**Imagem** – como a participante descreve a sua imagem, cena ou história;

**Função ou significado atribuído** – a função e o significado que a participante atribui à sua imagem;

**Alteração da imagem** – alterações ou modificações que a participante gostaria de fazer em sua imagem;

**Lise ou resolução** – desenvolvimento da imagem, como ela irá se resolver, o que irá acontecer. É o fechamento da cena;

**Comentário** – considerações do pesquisador a respeito dos conteúdos relatados pelas participantes.

---

<sup>3</sup> As respostas das participantes na íntegra constam no Apêndice E desta Dissertação.

## **Participante 1**

### **Imagem**

“[...] uma TV chiando, parece que eu olho e está piscando que nem uma TV mesmo, muito barulho, um chiado horrível”.

“Uma tela meio preto e branco, vem isso na hora, a primeira coisa que eu penso”.

### **Função ou significado atribuído**

“[...] teve uma vez que eu estava na faculdade, eu ia apresentar um trabalho e eu sou meio introvertida para falar em público, quando deu 5 minutos para eu entrar, começou a me dar tipo uma enxaqueca muito forte e eu até desmaiei depois, comecei a ver tudo piscando e daí caí, não lembro de mais nada, foi bizarro, aí desde então não apresentei mais trabalho, acabei até perdendo nota por causa disso”.

“[...] mas dá para ter uma noção mais ou menos do que é, a sensação que a TV dá, mais ou menos assim. Eu acho que eu associo com agonia, é bem horrível”.

### **Alteração da imagem**

“Não”.

### **Lise ou resolução**

“A TV desligando, poderia ser um desmaio, não sei, eu imagino isso, ela desligando”.

### **Comentário**

A imagem relatada pela participante remete a uma situação de excesso de estímulos. A televisão poderia representar o ego da participante que tem que lidar com uma situação estressante e amedrontadora (falar em público). A dor aparece nesse caso vinculada à intensidade com que a participante vivencia esses estímulos

estressores – ao não conseguir processá-los e integrá-los, ocorre o desligamento do sistema (um desmaio), como uma medida de autopreservação. É possível que a dor de cabeça surja como uma forma de sinalizar um perigo à participante, atuando como uma defesa do ego em relação às experiências intensas e avassaladoras.

## **Participante 2**

### **Imagem**

“Quando eu penso na minha crise eu penso muito nesse momento, nessa minha primeira vez, nessa cena deitada na minha cama, olhando para os meus pôsteres, com a luz desligada, que depois de um tempo a visão acostuma com o escuro, então, lembro dos meus pôsteres direitinho, lembro de eu escutando uma coisa no fundo, uma música no fundo e foi voltando, porque acho que a aura me deixou muito nervosa, não ter conseguido enxergar direito, então, já fui deitar, já fui tentar me tranquilizar. E fiquei com essa imagem na cabeça”.

### **Função ou significado atribuído**

“Eu começo a repensar em todo o meu estilo de vida, o meu estilo de estresse, eu começo a pensar tipo: ‘não, você não pode deixar as coisas te consumirem tanto, você não pode deixar o trabalho te consumir tanto’, então, quando eu estou nesse tipo de momento eu fico repensando o meu ritmo de vida inteiro. Justamente porque na minha cabeça eu fico pensando que se eu refizer meu ritmo e se eu fizer tudo talvez não sinta mais tanto nervoso, tanta dor de cabeça, então vem isso na cabeça”.

“Me faz repensar em tudo na verdade, a primeira coisa quando repenso é no meu estilo de trabalho, aí depois eu repenso no meu estilo inteiro de vida, então acho que fico listando na minha cabeça o que eu preciso melhorar e fico nessa”.

### **Alteração da imagem**

“Não, eu acho que não, não mudaria nada”.

## **Lise ou resolução**

“Geralmente dormir, quando eu estou com essas dores de cabeça, quando eu não estou me sentindo bem, a única coisa que me faz melhorar de verdade é dormir pelo menos 1 hora. Então, na minha cabeça, naquela cena, eu deitada, eu vendo meus pôsteres, escutando aquele fundo, eu sabia que a única coisa que ia me deixar tranquila, era dormir, sabendo que eu ia acordar com menos dor, então, dormir sempre me ajuda. Porque sempre quando eu estou doente, com febre, com dor de barriga, ou qualquer dor que eu não esteja no meu estado normal, dormir sempre me ajudou, desde pequena, então, assim, se eu estava com febre, se eu dormisse 12 horas, no dia seguinte eu ia acordar melhor. Então, com a dor de cabeça é igual, quando eu durmo acordo melhor, obviamente, tomo um remédio para isso né, Neosaldina ou alguma coisa que alivie minha dor de cabeça na hora, aí depois que eu durmo eu fico melhor”.

## **Comentário**

A imagem descrita pela participante pode ser entendida como uma cena de enfrentamento que tem como objetivo trazê-la para uma posição de maior equilíbrio para lidar com a dor de cabeça e com os sintomas da aura. Destaca-se neste relato que o sintoma da dor de cabeça leva a participante a repensar diversos aspectos de sua vida e reconsiderar suas atitudes diante dela.

Suscita-se que a imagem aparece como uma formação simbólica compensatória que tenta equilibrar o posicionamento unilateral do ego, que se caracteriza por atitudes excessivamente controladoras, rígidas e ativas. A cena parece convidar a participante a uma pausa, conduzindo-a por memórias de quando estava doente e dormia para se recuperar, como um apelo para resgatar a calma e um ritmo mais devagar.

## **Participante 3**

### **Imagem**

“Como eu tenho muito medo de escuro, ainda mais quando eu fico muito aérea, são momentos muito escuros, muito sem cor, sem vida, são momentos muito opacos

e que é difícil eu me conectar com a realidade, parece que eu estou vivendo em um universo meio paralelo, eu estou na mesma vibração, mas ao mesmo tempo parece que eu sei que está tudo na mesma vibração menos eu, parece que eu estou distante. Mas eu acho que é isso, tudo muito escuro, muito opaco, tipo o dia de hoje, muito nublado, parece que eu fico muitos dias assim”.

### **Função ou significado atribuído**

“Eu tenho muito medo do escuro, eu tenho 28 anos e eu não consigo, o breu é um negócio que ainda mais quando eu era pequena, quando acabava a energia em casa era um negócio muito desesperador, um negócio que me deixava muito apreensiva, eu passava muito mal, eu tinha crises de ansiedade fortíssimas, então eu acho que é mais isso, talvez a minha infância, a esses momentos da infância talvez, acho que de abandono também, não sei, acho que passa por aí um pouco porque acho que está muito ligado a esse meu modo operante de precisar estar sempre produzindo e se fazendo importante, porque acho que liga com coisas da minha infância e a minha vida que passa por essa necessidade de se fazer importante, com os pais, essa questão de abandono e tudo mais, então acho que passa por aí”.

“[...] ainda que eu não consiga controlar essas crises de enxaqueca, eu sei de onde elas vêm, as causas são conhecidas, ainda que eu não tenha conseguido dominá-la e acho que nunca vou, ainda vão ter momentos mais e menos, acho que tem a ver mais com o meu ciclo menstrual, coisas mais biológicas, por eu já ter estrogênio mais alto que baixo e tudo mais, mas eu sei a causa e a causa vem desse meu perfil ansioso e controlador, minha mãe é muito assim e foram coisas que eu fui herdando, então acho que tem a ver”.

### **Alteração da imagem**

“Ai, eu colocaria um sol, eu detesto dias nublados, ainda que eu seja branca igual a branca de neve eu adoro sol, para mim é vida. E mesmo quando eu estou com a crise de enxaqueca e estou com fotofobia eu preciso ficar com óculos de sol, mas eu gosto de estar no sol sentada, isso dá uma energizada, então essas cores vivas são importantes para mim, sair da escuridão, dessa coisa opaca, pastel”.

## **Lise ou resolução**

“Não é uma coisa em movimento, na minha cabeça ela é muito estática, então eu não sei, eu espero que eu consiga lidar melhor na medida do tempo com ela, mas eu acho que ela não vai mudar ela sempre vai fazer meio que dessa forma”.

## **Comentário**

Nessa imagem a dor de cabeça se manifesta como um elemento que tira toda a cor e a vitalidade da participante, que acaba por se sentir alienada e desconectada da realidade. Essa imagem remete ao sintoma de despersonalização que a participante descreveu em outro momento da entrevista. A despersonalização pode ser uma experiência assustadora, na qual ocorre uma ruptura com o ritmo da vida e a pessoa se sente verdadeiramente desligada do seu entorno.

A participante relata ser uma pessoa muito controladora e perfeccionista, com um excesso de cobrança interna sobre as suas ações. Revela-se no seu relato uma posição egóica unilateral, que pende para uma necessidade de conter e controlar o fluxo dos acontecimentos. Assim, a cefaleia poderia ser uma reação compensatória à essa posição. Ela representaria a perda de controle, desconexão, letargia e lentificação do pensamento.

A excessiva tentativa do ego de abarcar e controlar o mundo (interno e externo) se choca com os poderosos sintomas da cefaleia. A dor de cabeça é o elemento de descontrole que frustra e desafia as tentativas da participante de dominá-la, bagunçando e desorganizando a sua vida cotidiana.

A dor representa um lado mais escuro e temido da vida da participante, que, segundo relata, gostaria de iluminar com cores e com o sol. Entende-se que esse desejo de transformar a imagem corresponde à vontade do ego de poder iluminar, vitalizar e enfrentar a escuridão. Contudo, a participante, ao propor uma lise, relata acreditar que a cefaleia é uma área da sua vida que nunca vai ser subjugada, de modo que ela precisa aprender a conviver com seus sintomas (“eu espero que eu consiga lidar melhor na medida do tempo com ela, mas eu acho que ela não vai mudar ela sempre vai fazer meio que dessa forma”). Se, de um lado, essa frase parece pessimista, de outro, ela adquire um sentido libertador, afinal, é preciso aprender a conviver com aquilo que não se pode controlar.

## **Participante 4**

### **Imagem**

“Antes eu tinha falado que era uma guerra, um bombardeio dentro da minha cabeça e é tipo isso, parece que tem um monte de bombinhas, fogos de artifício, é tipo isso. Porque parece que faz barulho também, não é uma alucinação, porque onde eu trabalho faz muito barulho, tem muita criança, então parece que é mais, no dia a dia eu não me importo com o barulho das crianças, quando eu estou com dor de cabeça parece que é um barulho a mais na minha cabeça, é esse bombardeio, tanto de informação, como se todas as informações pesassem muito e ficassem batendo uma na outra, informações visuais, auditivas e tudo mais, meio que uma guerra”.

“Minha rua no horário de pico com o shopping, trem passando no meio, é tipo isso, passando pela Sé assim, a Sé no horário de pico dentro do vagão, fora, beleza, você consegue fugir para outro lugar, mas se você está dentro do vagão, entrando um monte de gente, é uma guerra, convenhamos, e o shopping, trem passando no meio. Nessa intensidade eu peguei uma vez, não recentemente, mas para ida e volta do trabalho, no caminho que eu fiz eu peguei um que passava pela Sé ou a gente estava no centro e eu acabei pegando para voltar, mas era voltando do trabalho sim, que é algo que eu faço todo dia, fazia né, antes da pandemia, um pouco depois disso só peguei ônibus para voltar”.

### **Função ou significado atribuído**

“Agora que eu estou pensando em voz alta, um pouco sim, pensar que realmente são muitas informações ao mesmo tempo né, às vezes, eu estou dizendo alguma coisa no trabalho e é todo esse sentimento que eu tenho em relação as pessoas que estão ali, não é tipo o projeto que eu estou tocando, é o projeto que eu estou tocando e os outros têm que ver, porque eu quero ser vista, eu quero ser ouvida, eu quero ser respeitada e eu sou o shopping, trem, tentando passar no meio do metrô, tentando ser notada, acho que é uma guerra com esses olhares, ou não olhares, as vezes que eu não fui ouvida em relação ao trabalho em específico, mas é muito raro eu não sentir dor de cabeça, só sábado à tarde que eu estou tranquila e no domingo o dia inteiro, mas acho que não é a dor o problema necessariamente, é tudo que é

adicionado a ela, se eu estou em casa de boa, principalmente na pandemia, se eu estou com dor de cabeça, eu estou em casa, estou confortável, estou com dor mas estou confortável, não tem nada que agrave isso e chegue um ponto que ‘meu Deus, coloca uma agulha na ponta da minha cabeça porque tem dias que está todo zoad’, é uma coisa que respiro, tomo remédio e ok, mas acho que é um pouco disso, da minha batalha mesmo com essas pequenas situações do dia a dia, um pouquinho o machismo do meu chefe de achar que eu não sei do que eu estou falando, do preconceito com o meu trabalho, é um pouquinho de cada coisa que soma a minha dor e deixa ela pior, por isso que é constante, porque eu estou lá o dia inteiro lidando com isso né, não sei, talvez, uma análise rápida”.

“Não, porque é muitos sonhos sobre guerras, normalmente eram guerras zumbis, meio que flutuo, enfim, uma coisa meio circular na minha vida e tinha uma época que eu falava para o meu psicólogo que eu me sentia como um zumbi e nessa época sempre que eu ficava meio deprê, eu sonhava muito com invasões zumbis, guerra zumbi, então era sempre eu lutando contra zumbi, eu trancada na casa e os zumbis tentando entrar, com a minha família e o tio que eu não gostava na casa, mas não sei, falando de guerra, eu lembrei desse sonho, porque são imagens bem claras que eu tenho dele, eu fugindo de zumbis, lutando contra zumbi, meio que como eu lutando contra minha depressão e esse zumbi me pegava na vida real. Às vezes, no sonho eu até fugia mas na vida real normalmente o zumbi me pegava. Se eu sonhava com zumbi eu ficava ligeira, talvez não tenha nada a ver, só lembrei da imagem de guerra”.

### **Alteração da imagem**

“Eu ia transformar o metrô em um Uber, Uber Black, é só eu e a minha dor saindo tranquila para onde a gente tem que ir. Acho que colocar uma trincheira ou alguma coisa que me deixa em cima da batalha ou que me deixe escondida e protegida para que eu não precise ficar lá no meio”.

### **Lise ou resolução**

“O trem é um pouco mais otimista, uma hora eu chego aqui na [estação] Paraíso, desço e está tudo bem, tá tranquilo, tá fluindo melhor e tal, a guerra é um

pouco mais catastrófica dependendo do lado que você está, como eu sou uma pessoa que sente dor, eu não fico muito feliz, mas, às vezes, o jogo vira, o negócio é ter esperança, o melhor é ficar do lado que ganha”.

## **Comentário**

Nas cenas trazidas pela participante (trem e guerra) nota-se um excesso de estímulos e situações cotidianas que se desenrolam de maneira confusa. A participante se mostra atordoada, não conseguindo processar tudo o que acontece a sua volta. A dor de cabeça aparece como uma situação que intensifica a sensação de excesso de informação e peso das responsabilidades e conflitos. Existe, também, uma luta por ser ouvida, ser vista e compreendida, pois a participante sente que é desvalorizada no seu trabalho e, por vezes, invalidada por algumas pessoas do seu meio.

A dor de cabeça aparece como uma sinalização de que há um desequilíbrio entre mundo externo e mundo interno: de um lado, o ego é invadido pela depressão (associada aos zumbis), de outro lado, é invadido pelo mundo dos deveres e tarefas (pessoas do metrô e guerra). A participante relata que quando se afasta do trabalho ou está com um humor mais equilibrado, para de sentir as dores de cabeça. Assim, a dor de cabeça é um convite a parar e repensar a vida, as relações, o trabalho e tudo aquilo que é excessivo para ela.

É interessante observar que a imagem pode ser compreendida em um sentido causal, entendendo a dor como um símbolo relacionado aos excessos da vida da participante (estímulos, compromissos e responsabilidades), e, por outro lado, pode ser analisada segundo uma perspectiva teleológica, que permite entender o sentido que se manifesta na lise e na modificação que a participante propõe à imagem. Esse sentido teleológico aponta para o estabelecimento de limites e barreiras para essas experiências avassaladoras e uma necessidade de manter a privacidade (*Uber black*) em meio a um ambiente invasivo. Assim, a dor tem um sentido e uma direção para a participante, que revela não querer abandoná-la (“é só eu e a minha dor saindo tranquila para onde a gente tem que ir”).

## **Participante 6**

### **Imagem**

“Antigamente eu tinha um sonho recorrente que era horrível, não era sonho, era pesadelo né, eu caía como se fosse em um canal, e eu ficava pendurada, aí quando eu não conseguia mais segurar e eu ia cair na água, eu acordava. Para mim, a enxaqueca é isso, era horrível, eu detestava, e eu tinha esses sonhos direto. Eu ficava me segurando, era um sofrimento para não cair naquela água e aí parecia uma água suja, aí eu caía, não conseguia me segurar e caía, eu relaciono a minha enxaqueca com isso”.

### **Função ou significado atribuído**

“Não que esse sonho estivesse ligado, mas hoje olhando o sonho, eu relaciono sim, o meu pai, ele foi nadando, estava meio doente, estava com problema no coração, e ele não podia fazer muito esforço, então o fato de ele ter nadado muito, ele deve ter ficado sem forças e morreu afogado, hoje eu relaciono com isso, com esse episódio. Hoje eu posso relacionar com isso”.

“[...] Eu acho que a dor, a sensação que você tem quando você está com enxaqueca é quase desesperadora, quando você está com todos os sintomas, está com a fotofobia, com a náusea, com aquela dor em salvas, parece que tem uma coisa pulsando na sua cabeça, eu acho que a sensação é igual a sensação de você estar caindo, que não vai dar, você vai cair na água, para mim, eu associo assim, faço essa relação com aquela cena”.

“Engraçado, porque eu sou de Santos, e aqui tem muitos canais, mas não tem nenhum canal igual a esse que aparece no meu sonho, esse canal é gigante, aí depois eu vim morar aqui em São Paulo, aqui tem o rio Tietê, e eu sempre ficava pensando: ‘nossa, meu Deus, que medo que eu tenho de cair no rio Tietê’, ficava pensando, sofrer um acidente e o carro entrasse no rio. É engraçado porque todas as vezes que eu tive que passar em uma ponte a pé, eu olho o rio, aquela parte que tem o DETRAN, na Ponte das Bandeiras, e ali é o rio Tietê, eu olho e falo: ‘Nossa, que medo de cair nesse rio! Como será que é cair nesse rio?’, porque quando alguém cai em rio, tem que passar por um processo de desinfecção, tem que tomar remédio, tem que passar

vários produtos no corpo e tal, e eu sempre pensei que eu tenho medo disso, de cair nesse rio, aí, às vezes, eu fico pensando e lembrando do sonho, de Santos, aquele canal gigante, a água bem revolta, bem mexida e suja, água escura, no sonho é suja”.

### **Alteração da imagem**

“Que tinha uma mão me segurando e me tirasse daquela situação, uma mão do nada me puxasse, é isso”.

### **Lise ou resolução**

“Sempre eu caía mas depois acordava, então não sei o que iria acontecer depois, mas imagino que eu me afogo, gostaria de achar uma maneira de me segurar, um objeto que eu pudesse me segurar, eu acho que é ruim, não sei, eu sempre acordava, não sei como funciona na nossa cabeça essa questão do pesadelo, porque parece que você está em um sono profundo, mas alguma coisa dentro de você faz você sair daquele sofrimento, isso já aconteceu comigo várias vezes e é isso, eu acho que eu me afogo”.

### **Comentário**

A cena descrita pela participante é muito impactante e remete a uma tentativa de se manter firme diante de uma situação ameaçadora: ela luta para se segurar e não cair na água suja de um canal. No desfecho da cena a participante acaba caindo na água suja.

A participante associa a imagem do sonho a morte do seu pai, que morreu afogado por fazer um excesso de esforço para nadar, quando não poderia, pois era doente do coração. De maneira semelhante, a participante se esforça para se segurar, mas é como se estivesse enfraquecida demais para manter-se firme e a dor a derruba.

A dificuldade em manter um equilíbrio, representada na imagem, pode se referir tanto às dores de cabeça, como a aspectos da vida emocional. Durante a entrevista, a participante relatou que tem depressão e que passou por momentos de muitas perdas. A cena descrita por ela, também remete a um desamparo: não existe algo ou alguém que puxe a participante para fora da situação.

Após cair na água, a participante revela que seria necessário passar por um processo de desinfecção ou desintoxicação da sujeira existente na água. Pode-se pensar que isso significa que a participante precisa encarar um processo de reequilíbrio de sua vida e repensar o que está causando a sua dificuldade em se manter em pé e que a coloca em uma posição tão arriscada e perigosa. Assim, entende-se que a imagem revela um elemento teleológico que aponta para a necessidade de mergulhar na água turbulenta para que se possa alcançar uma limpeza. É como se a dor de cabeça empurrasse a participante para essa posição desagradável, porém necessária – é preciso adentrar os problemas para poder encontrar o equilíbrio.

### **Síntese das imagens, cenas e histórias das entrevistas**

As participantes vincularam as imagens relatadas por elas a alguma experiência prévia, como um sonho, uma situação de perda ou uma forma de lidar com a dor. Nota-se que, para a maioria delas, os conteúdos das imagens estão associados a experiências de vida negativas: uma situação de pressão na faculdade, morte do pai, brigas e conflitos no ambiente de trabalho. Somente uma participante relacionou a sua cena a uma experiência positiva.

As imagens referidas revelam um excesso de estímulos, descontrole e medo, experiências poderosas que desorientam as participantes e as colocam em um estado de impotência. Há uma dificuldade em processar as situações que acontecem ao redor, fazendo com que elas se sintam atordoadas ou paralisadas. Levanta-se a hipótese de que essas formações simbólicas atuam como uma compensação à posição do ego, que demanda um excesso de controle, perfeccionismo e rigidez. Assim, a dor de cabeça coloca as participantes diante do desafio de abdicar ao controle e romper com o ritmo de vida excessivamente acelerado.

As análises das imagens indicam que o sintoma da dor de cabeça tem um aspecto teleológico, ou seja, uma finalidade. Por outro lado, nota-se que esse sintoma pode, por vezes, apresentar-se como uma defesa contra situações sentidas como novas e ameaçadoras. Nessa perspectiva, a dor aparece como uma resposta ao excesso de emoções que parecem exceder a capacidade das participantes de lidar com algumas situações (externas ou internas). A dor pode ser tão intensa que, por vezes, levaria ao desmaio, isentando a pessoa de passar pela situação negativa.

Essas imagens fornecem um bom exemplo de que o corpo e a mente são uma única via de conexão, que embora tenham sido polarizados, estão em constante diálogo. As imagens descritas pelas participantes estão intimamente conectadas aos seus conflitos a nível psicológico, e, ao mesmo tempo, a seus sintomas físicos. No caso das participantes, evidencia-se que os sintomas que vivenciam com a cefaleia expressam a situação da dor, e, concomitantemente, fazem referência ao estilo de vida e comportamento delas. Isso demonstra que os sintomas se expressam em vários níveis e em diferentes sistemas (corpo, comportamento, fantasia, entre outros).

Em síntese, aventa-se que a dor de cabeça aparece nas imagens como uma possibilidade de equilíbrio e compensação, tentando levar o ego a uma posição menos controladora e neurótica. Isso não significa que a dor de cabeça torne as pessoas mais equilibradas, mas que pode sinalizar uma oportunidade para repensar o estilo de vida. Também, pode ser um sintoma defensivo que tem a finalidade de proteger o ego contra experiências ansiogênicas e intoleráveis.

## 7 DISCUSSÃO

Este capítulo está organizado em quatro seções que abordam os temas principais que perpassaram os resultados deste estudo. Esses temas foram depreendidos pelo pesquisador para alicerçar a discussão proposta, relacionando os resultados encontrados à literatura existente sobre o tema. Por fim, uma síntese dos resultados é apresentada e fundamentada segundo a perspectiva da psicossomática junguiana, que orienta novas reflexões e conjecturas traçadas pelo pesquisador.

### 7.1 Ansiedade e depressão

A ansiedade e a depressão são, respectivamente, as duas comorbidades psiquiátricas mais comuns nas cefaleias (BERGMAN-BOCK, 2017). Existe uma vasta literatura produzida a respeito da relação entre a cefaleia e essas variáveis.

No presente estudo, a maioria dos participantes apresentou um nível de mínimo a leve tanto para a depressão (57,8%), quanto para ansiedade (62,4%). Contudo, identificou-se que uma quantidade razoável de participantes apresentou resultados no intervalo entre o nível intermediário e grave para depressão e ansiedade (37,6 % e 42,2%, respectivamente).

Esses resultados se assemelham aos encontrados por Louter *et al.* (2014), que demonstraram que, dentre os participantes do seu estudo, 45% apresentaram sintomas de depressão. Já para ansiedade, os resultados desta pesquisa se aproximaram daqueles encontrados por Devlen (1994), que identificou sintomas de ansiedade em 50% dos participantes do seu estudo. No Brasil, a pesquisa empreendida por Goulart *et al.* (2014) com pacientes com cefaleias, mostrou que 10,8% das mulheres e 6,3% dos homens apresentavam depressão. Em relação a ansiedade, a prevalência foi de 27,4%, em mulheres, e 18,9%, em homens. Os resultados encontrados no presente estudo foram mais elevados, tanto para a depressão quanto para ansiedade.

É interessante notar que os participantes desta pesquisa, em sua maioria, referiram sentir dores de intensidade moderada a grave (93,2%), há mais de dez anos (52,6%) e que afetam de moderadamente a gravemente o seu dia (75,2%). Apesar desses resultados, muitos deles relataram ter baixos níveis de ansiedade e depressão. Entende-se que em alguns participantes, o sofrimento psíquico se

expressa no corpo por meio dos sintomas da cefaleia, de modo que os sintomas de depressão e ansiedade não assumem um lugar significativo nas suas vidas. Esse resultado pode ser compreendido à luz da teoria da psicossomática junguiana, que postula que o sofrimento psíquico pode ser transduzido no corpo como sintoma somático (RAMOS, 2006). Assim, aventa-se que os sintomas da cefaleia expressem um conflito de origem psíquica inconsciente. Essa questão, no entanto, precisa ser estudada com maior profundidade em pesquisas futuras.

Alguns estudos indicaram que os sintomas de ansiedade são mais presentes do que os de depressão em indivíduos com cefaleia e, no geral, afetam mais a vida desses indivíduos (PERES *et al.*, 2017; TOMÉ-PIRES *et al.*, 2016). Nos resultados encontrados no presente estudo os sintomas de ansiedade foram mais reportados do que os de depressão, contudo, diferente do que afirmaram Peres *et al.* (2017) e Tomé-Pires *et al.* (2016), ambos os sintomas demonstraram correlação positiva significativa com o impacto da cefaleia nas tarefas diárias dos participantes.

Em relação a frequência da dor reportada pelos participantes, verificou-se uma correlação positiva com os resultados do BAI (+0,25) e do BDI-II (+ 0,24). Ainda que esse resultado não aponte uma relação de causalidade entre esses fatores, alguns pesquisadores destacaram que os sintomas de depressão e ansiedade podem aumentar a frequência das cefaleias (LAMP *et al.*, 2016; SMITHERMAN; KOLIVAS; BAILEY, 2013).

Outra correlação investigada neste estudo foi entre as variáveis: depressão, ansiedade e crença e confiança na eficácia das estratégias para lidar com a dor. Os participantes que relataram acreditar na eficácia das suas estratégias para lidar com a dor apresentaram menos sintomas de ansiedade (-0,32) e depressão (-0,34). O mesmo foi verificado em relação ao quão confiantes se sentem para lidar com a sua cefaleia, que se correlacionou negativamente com os sintomas de ansiedade (-0,44) e depressão (-0,36) relatados.

Algumas explicações podem ser formuladas para entender esses resultados. A primeira proposição suscitada é que os participantes com menos depressão e ansiedade sentiriam a cefaleia como menos incapacitante, pois seriam capazes de responder mais prontamente aos seus sintomas, o que aumentaria a sua crença e confiança na eficácia de suas estratégias de enfrentamento. Por outro lado, pode-se pensar que as pessoas que têm mais êxito em suas estratégias de enfrentamento, teriam menos dores de cabeça, demonstrando maior controle sobre o quadro, o que,

por consequência, diminuiria a ansiedade frente aos ataques de dor e a sensação de impotência causada por ela. Quanto a essa problemática, seria interessante avaliar, em pacientes com cefaleia e sintomas de depressão e ansiedade, se a diminuição dos últimos por meio de intervenções terapêuticas poderia aumentar a crença e confiança na eficácia das suas estratégias de enfrentamento e manejo das dores de cabeça. Os resultados de um estudo com esse propósito poderiam contribuir sobremaneira com os tratamentos propostos para a cefaleia.

A análise qualitativa das informações coletadas nas entrevistas, permitiu verificar que, para as participantes, a ansiedade tem um papel significativo na piora das cefaleias. Destacou-se nos discursos das entrevistadas, a necessidade que sentem de manter o controle e a organização sobre as situações que ocorrem ao seu redor, de modo que essa característica poderia estar associada aos sintomas de ansiedade reportados por elas. Assim, a sensação de controle é sentida como um elemento que diminuiria as cefaleias, ao passo que o seu oposto, ausência do controle, é considerado um fator desencadeador dos ataques. Algumas situações de perda de controle relatadas foram: enfrentar medos, mergulhar em situações desconhecidas e se adaptar a novas rotinas; outras situações também apareceram nas imagens descritas pelas participantes para representar a cefaleia, as quais descreveram situações de grande intensidade que remetiam à sensação de medo e impotência.

## **7.2 Estresse**

Os participantes desta pesquisa foram indagados a respeito de situações estressantes que estavam acontecendo nas suas vidas quando as cefaleias começaram, bem como sobre os pequenos estresses do cotidiano ou eventos de grande magnitude que, segundo eles, poderiam gerar ataques de dor de cabeça.

Chamou a atenção a variedade de eventos que os participantes associaram ao início de suas cefaleias. Dentre eles, os problemas relacionais foram os mais reportados (27,1%), seguidos de situações de estresse não especificadas (16,5%), morte de ente querido (12,0%), diagnóstico de outras doenças (9,8%) e mudança de cargo ou tipo de trabalho (8,3%). As situações apresentadas revelam a dificuldade dos participantes em lidar com situações de estresse que envolvem a tomada de decisões, desenvolvimento de novas habilidades e elaboração de perdas (doença e

morte de entes queridos). De maneira geral, essas situações são acompanhadas de desregulações no estilo de vida (alimentação, sono, atividade física, entre outras) e, ao mesmo tempo, de uma maior carga de respostas emocionais, principalmente da ansiedade. É importante considerar que esses fatores podem ter algum papel no início das dores.

Quanto às situações de grande impacto que os participantes acreditam desencadear a cefaleia, as mais relatadas foram: problemas relacionais (37,6%), morte de ente querido (36,1%), fim de relacionamento amoroso (26,3%) e perda de emprego (22,6%). Esse resultado demonstra uma coerência nas respostas dos participantes, pois as situações de grande impacto referidas são semelhantes àquelas que associaram ao início das suas cefaleias.

As imagens relatadas no questionário corroboram esses resultados e ilustram situações intensas que fogem ao controle dos participantes, tais como, catástrofes, acidentes e excessos de estímulos. É possível que as imagens e sensações descritas, expressem uma dificuldade de processar e organizar uma grande quantidade de informações, sentidas, muitas vezes, como caóticas, podendo aumentar a ansiedade e contribuir para a emergência da cefaleia.

Os problemas relacionais estão entre as situações estressoras mais reportadas pelos participantes, tanto como desencadeador inicial do quadro de cefaleia, quanto como um tipo de situação de grande magnitude que resulta no aparecimento da dor. Os problemas relacionais também foram destacados nos estudos desenvolvidos por Martin e Theunissen (1993) e Martin e Soon (1993), que demonstraram que os pacientes com cefaleia apresentavam piores resultados quanto ao apoio social quando comparados a indivíduos sem o quadro.

Cabe, ainda, ressaltar que as imagens apresentadas pelos participantes nesta pesquisa parecem, por vezes, ilustrar alguns problemas relacionais, refletindo uma possível relação conflituosa do participante com o seu meio. Diversas imagens descritas por eles para representar a sua cefaleia remeteram a cenas de tortura, levantando a hipótese de que essas pessoas vivenciariam o seu meio como violento, conflitivo ou invasivo. A esse respeito, destacou-se nas entrevistas o exemplo de uma das participantes que representou a sua cefaleia por meio da imagem de uma guerra com explosões e associou a imagem às críticas que recebia do seu chefe.

Os resultados desta pesquisa, não permitem afirmar que os participantes sofreriam com maior carga de abusos ou violências em suas relações sociais do que

outras pessoas. Contudo, existem estudos que mostraram que pacientes com cefaleias relatavam sofrer mais abusos físicos e psicológicos em diversas etapas da vida, quando comparados a indivíduos sem esses quadros (ANDA *et al.*, 2010; TIETJEN *et al.*, 2010). Outra pesquisa, mostrou relações robustas entre violência física e cefaleia (FULLER-THOMSON; BAKER; BRENNENSTUH, 2010).

Em consonância com outros estudos (GANNON *et al.*, 1987; MARTIN; SENEVIRATNE, 1997; MARTIN; TEOH, 1999; MARTIN; TODD; REECE, 2005), os resultados desta pesquisa, obtidos tanto nas entrevistas como no questionário, destacaram o estresse como um fator importante no surgimento das cefaleias. Para 77,4% dos participantes, situações estressantes estão relacionadas ao desencadeamento ou piora da sua cefaleia. Outros pesquisadores evidenciaram, ainda, que pessoas com cefaleia tendem a apreender as situações a sua volta de uma maneira negativa e fatalista (DE BENEDITTIS; LORENZETTI; FIERI, 1990; DE BENEDITTIS; LORENZETTI, 1992; HASSINGER; SEMENCHUK; O'BRIEN, 1999; INVERNIZZI; GALA; SACCHETTI, 1985).

Ainda que não seja possível traçar uma conclusão sobre o modo como a cefaleia se relaciona ao estresse, faz-se importante enfatizar que para os participantes deste estudo diversas situações foram descritas como muito intensas e difíceis, excedendo, por vezes, a sua capacidade de lidar com elas. Entende-se que esse excesso pode se referir a dificuldade do organismo em lidar com uma variada gama de elementos estressores, incluindo fatores psíquicos, que são interpretados como nocivos pelo organismo, e, não encontrando vazão psíquica, o excesso seria transduzido no corpo como os sintomas da cefaleia.

### **7.3 Outras emoções e sentimentos**

A maioria dos participantes afirmou que as suas dores de cabeça são desencadeadas por fatores emocionais (80,5%), e dentre as emoções ou sentimentos relatados por eles destacaram-se: ansiedade (75,2%), raiva (48,9%), tristeza (36,1%) e medo (33,8%). As duas emoções menos referidas foram a alegria (6,0%) e o nojo (0,8%) e esse resultado foi confirmado nas entrevistas.

A ansiedade e a tristeza foram previamente discutidas na seção 7.1 deste capítulo, pois são amplamente abordadas nas pesquisas sobre a cefaleia e comorbidades, notadamente, ansiedade e depressão. Assim, esta seção versa sobre

a raiva e o medo, que foram emoções referidas pelos participantes tanto no questionário, quanto nas entrevistas.

A raiva foi muito citada pelos participantes deste estudo como uma emoção motivadora dos ataques de dores de cabeça. Algumas pesquisas relacionaram a emoção da raiva à cefaleia (ABBATE-DAGA *et al.*, 2007; BIHLDORFF; KING; PARNES, 1971; GROTHGAR; SCHOLZ, 1987), e, a maioria delas destacou que pacientes com cefaleia lidam com essa emoção de maneira polarizada: reprimindo-a em excesso ou externalizando-a de forma descontrolada (ABBATE-DAGA *et al.*, 2007; GROTHGAR; SCHOLZ, 1987; PEROZZO *et al.*, 2005). Esse padrão de modulação da expressão da raiva também foi identificado nos participantes desta pesquisa por meio da análise qualitativa das entrevistas.

Grande parte dos participantes referiu que a raiva contribui sobremaneira para a piora de suas cefaleias, principalmente porque essa emoção, normalmente, está associada a alguma situação estressante e ansiogênica. Para eles, essa combinação resulta inevitavelmente na emergência ou piora do quadro. As imagens referidas pelos participantes também remetem à raiva e agressividade: objetos cortantes, pontiagudos e pesados, fenômenos naturais extremamente destrutivos, imagens de tortura muito impactantes e com excesso de violência, entre outras.

O medo foi outra emoção que se destacou no questionário como motivadora da cefaleia, contudo as participantes entrevistadas relataram que, para elas, o medo não seria o fator diretamente responsável por causar a dor de cabeça, mas sim a ansiedade e a apreensão que o acompanham. Os medos mais relatados pelas participantes estão relacionados a perda de controle, de modo que ele está intimamente ligado à ansiedade. Depreendeu-se das entrevistas que a cefaleia pode assumir, por vezes, uma função defensiva, atuando como uma maneira de evitar ou se proteger de situações temidas ou estressoras.

#### **7.4 Uma compreensão psicossomática da cefaleia**

O campo da psicossomática compreende as doenças a partir de uma perspectiva multifatorial, cujos impactos ocorrem tanto a nível somático, como a nível psíquico. Esta seção aborda a cefaleia de acordo com essa perspectiva, somando a ela a compreensão simbólica da psicologia junguiana para alicerçar a discussão proposta neste trabalho.

A cefaleia é uma condição associada a diversos fatores desencadeadores, que podem ser estímulos externos (do ambiente), tais como cheiros, luzes, sons e alguns tipos de alimentos, bem como fatores internos (do indivíduo), como pensamentos, expectativas, reações emocionais, entre outros. A partir dos resultados desta pesquisa, levantou-se a hipótese de que alguns elementos psicológicos são percebidos como demasiadamente intensos para o indivíduo, que, por vezes, se sente incapaz de processar e dar vazão a eles, fazendo com que sejam transduzidos como sinais de dor física (RAMOS, 2006).

A dor tem uma função de defesa, ela alerta o organismo que existem fatores ameaçadores atuando, os quais podem lhe causar danos ou prejuízos. O sinal da dor obriga o indivíduo a parar tudo o que está fazendo e direcionar a sua atenção para o seu corpo e ambiente, buscando remover o elemento causador da dor. No caso da cefaleia, alguns participantes deste estudo revelaram que compreendem a sua dor de cabeça como uma sinalização da necessidade de rever hábitos e comportamentos. Outros participantes, no entanto, descreveram a sua cefaleia como uma prisão dolorosa, sem nenhum sentido subjacente, o que a torna somente um sinal irritante que atrapalha as suas tarefas. A psicossomática contribui para essa discussão, acrescentando novos sentidos para a cefaleia por meio de uma compreensão simbólica.

De acordo com uma compreensão simbólica, a dor não se reduz a um alerta irritante que pode ser silenciado com analgésicos ou remédios profiláticos; ela é um indicativo de que existe um desequilíbrio no organismo, que pode ser de origem somática ou psíquica. Essas duas instâncias estão o tempo todo se relacionando de maneira sincrônica (RAMOS, 2006). Uma das maneiras de acessar a polaridade psíquica da dor é a imagem, e por esse motivo, ela foi inserida na presente investigação. Entende-se que a imagem, e as associações referentes a ela, podem ser a melhor representação de como os participantes sentem e vivenciam a sua cefaleia.

Os participantes deste estudo representaram a cefaleia por meio imagens muito intensas, com grande carga de violência, excesso de estímulos e que remetiam, geralmente, a uma posição de paralização. Essas imagens sugerem que o ego pode não estar conseguindo processar a dor ou os diversos estímulos que se apresentam ao indivíduo, que os sentem como torturantes, danosos e paralisantes. Essa situação parece perdurar até que a dor passe e ele tenha seu controle restaurado. Assim, a

cefaleia pode ser pensada como um estado que temporariamente “toma o ego” e o “tira do controle”, mas ela contém em si uma função.

Neste trabalho, conjecturam-se algumas funções para a cefaleia de um ponto de vista simbólico (JUNG, 1916/1980), são elas: a defensiva e a compensatória. Considera-se, ainda, uma terceira possibilidade que é a função transformadora, contudo esta não seria proveniente da própria cefaleia, mas de um trabalho desempenhado pelo indivíduo frente aos seus sintomas.

A função defensiva da dor se refere a um mecanismo psíquico protetivo, ou seja, que busca preservar o indivíduo contra elementos estressores ou interpretados como nocivos. Um exemplo dessa função pode ser identificado no relato de uma das participantes deste estudo, a qual referiu que ao ir apresentar um trabalho em sua faculdade sentiu uma dor de cabeça tão intensa que a faz desmaiar. A dor, nesse caso, atua de maneira defensiva, pois remove a participante da situação temida (RAMOS, 2006).

Nesse exemplo, a dor física da participante atuaria como um substituto de uma dor psíquica ou emocional, que não poderia ser expressa de outra maneira. Identifica-se, assim, um processo de transdução: o medo da participante de realizar a apresentação do trabalho é substituído por uma dor que a incapacita e atua defendendo da situação temida. Essa defesa, no entanto, pode trazer culpa por dificultar ou impedir a realização das tarefas e das expectativas do indivíduo sobre a sua performance.

Faz-se importante destacar que a função defensiva não ocorre pela vontade consciente do indivíduo, tratando-se, em grande parte, de um processo inconsciente. Muitas vezes, a expressão da dor resulta de um conflito entre a vontade consciente, geralmente expressa como uma necessidade do indivíduo de abarcar todas as tarefas diárias com uma alta carga de exigência, e processos defensivos inconscientes, que identificam esses elementos como excedentes à capacidade do sujeito de lidar com eles. O fato dessa função preservar o organismo de entrar em contato com o que é considerado ameaçador para sua integridade, não significa que ela é, necessariamente, uma função adaptativa.

Jung (1916/1980; 1977/2015) postulou que as formações simbólicas são dotadas de uma função compensatória, que se apresenta como uma contraposição do inconsciente à unilateralidade excessiva do ego. Desse modo, essa função atua com o objetivo de conduzir o ego a uma posição mais equilibrada. Ela pode ser

comparada a processos homeostáticos do organismo que direcionam o corpo para um equilíbrio psicossomático.

Ao aplicar essa lógica ao presente estudo, é possível observar que os participantes apresentam, de maneira geral, uma grande necessidade de controle, idealização da ação, preocupação com o desfecho dos acontecimentos e uma sensação de demasiada pressão, tanto interna quanto externa. Em contraposição a essa atitude rígida e excessiva, a cefaleia se manifesta impondo aos participantes a ausência de controle, a necessidade de abrir mão de alguns planos diários e de reduzir velocidade e o estresse na realização de tarefas. Têm-se, portanto, duas posições opostas que entrariam em conflito.

A cefaleia é, muitas vezes, uma experiência frustrante, haja vista que pode trazer à tona tudo aquilo que os participantes não querem se tornar: letárgicos, pouco eficientes e sem controle sobre si e seu ambiente. Esse conflito aponta a necessidade de diminuir o nível de exigência autoimposto e estoicismo do indivíduo, bem como de maior aceitação das falhas e diminuição do estresse. A possível elaboração desse conflito poderia conduzir à atenuação ou eliminação dos sintomas (JUNG, 1960/2009).

A cefaleia sinaliza um transtorno psicossomático. A tomada de consciência de fatores psicológicos associados aos seus sintomas, pode conduzir à compreensão de conflitos subjacentes a eles e sua possível transformação. Essa transformação ocorreria por meio da função transcendente (JUNG, 1960/2009), que possibilitaria a transdução da dor em uma imagem (RAMOS, 2006), abrindo espaço para a expressão dos sentimentos associados a ela. O contexto clínico da psicoterapia se apresenta como um dos possíveis facilitadores para a função transcendente, pois conduz o paciente no trabalho com técnicas não verbais e imagéticas, a fim de atingir níveis profundos do provável conflito e integrar os elementos até então inconscientes.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste trabalho permitiram atender os objetivos propostos de compreender, de um ponto de vista simbólico, a cefaleia em adultos, investigando possíveis reflexões, fantasias, emoções, sentimentos e percepções frente a esse quadro, bem como as suas possíveis associações com a depressão e a ansiedade.

Foi possível identificar consonância com os resultados de outras pesquisas sobre o tema. Considera-se um diferencial do presente estudo a abordagem simbólica que permitiu acessar o fenômeno considerando as diferentes facetas que o compõem. O método misto proposto permitiu integrar as informações quantitativas e qualitativas, adentrando a experiência dos participantes a respeito da cefaleia e outros aspectos que tangenciam o seu quadro, tais como: estilo de vida, emoções e sentimentos, situações estressoras, formas de enfrentamento da dor e impressões e associações a respeito do seu quadro.

A compreensão da cefaleia como um sintoma geral, que seria vivenciado da mesma forma por todos os indivíduos, revela uma visão reducionista e incompleta. Por outro lado, uma compreensão exclusivamente psicológica, conduziria a caminhos tortuosos, desvalorizando as dimensões física, química e biológica que abarcam o fenômeno. Para evitar cair em um desses extremos, este trabalho se ancorou na concepção integrativa proposta por Jung (1960/2009), que compreende que corpo e mente integram uma totalidade, bem como nas formulações de Ramos (2006), que apresenta uma psicossomática não redutiva.

Os resultados encontrados mostraram correlações positivas entre a cefaleia, depressão e ansiedade, corroborando a literatura sobre o tema. Destacou-se que os sintomas de ansiedade e depressão podem ter grande impacto no tratamento das cefaleias. Dessa maneira, essa relação merece ser estudada de forma mais aprofundada.

Apesar de verificar essa correlação, os níveis de ansiedade e depressão encontrados nos participantes foram de mínimo a leve, revelando níveis menores do que o esperado. Suscita-se que esse resultado pode ser explicado pelo princípio da psicossomática, segundo o qual o conflito se manifestaria antes no corpo, de maneira simbólica, como uma forma de expressar emoções e elementos inconscientes (RAMOS, 2016).

Os resultados quantitativos e qualitativos destacaram que a depressão, a ansiedade e a cefaleia podem influenciar negativamente a realização de tarefas do cotidiano, bem como a sensação de eficácia e confiança dos indivíduos para lidar com o seu quadro. Isso reforça a abordagem de que a cefaleia deve ser compreendida de modo integral, considerando a sua relação com estados emocionais e psíquicos. Ainda que não seja possível determinar uma relação causal entre fatores psíquicos e a emergência da dor, nota-se que eles ocorrem de maneira sincrônica.

Os participantes relataram situações estressantes que, segundo eles, estão vinculadas ao surgimento de sua cefaleia, principalmente situações que envolvem conflitos interpessoais e perdas. Foi possível identificar que a temática do controle e da organização se repetiu de diferentes maneiras nos relatos dos participantes, de outro lado, as imagens e cenas descritas por eles revelaram que a cefaleia representaria uma contraposição à postura controladora, associando-se ao descontrole, desorganização e ruptura do ritmo regular das tarefas diárias.

Essas observações levantaram algumas questões a respeito da função da cefaleia como elemento simbólico e suscitou a ideia de que ela atuaria de maneira defensiva, compensatória e/ou transformadora. A função defensiva estaria associada a um sistema protetor para o indivíduo, fazendo-o se distanciar de tarefas ou situações aversivas. Já a função compensatória, entende que cefaleia atuaria como uma tentativa de compensar o excesso de controle e rigidez apresentado pelos participantes no seu cotidiano. Por fim, a função transformadora propõe a possibilidade de transformação do indivíduo por meio da conscientização dos prováveis conflitos subjacentes a cefaleia. Isso seria possível por meio do processo analítico, que promoveria uma maior integração e desenvolvimento do indivíduo.

É importante frisar que este trabalho apresenta algumas limitações. Primeiramente, destaca-se que seus resultados não podem ser generalizados, pois tratou-se de uma pesquisa exploratória com um número limitado de participantes. Outra limitação, foi o fato de não ter utilizado escalas validadas para explorar a temática da raiva e do medo. Isso ocorreu principalmente porque a aplicação de um instrumento como o STAXI, aumentaria muito o tempo de aplicação do questionário, o que resultaria, possivelmente, na perda de interesse dos participantes em participar ou completar a pesquisa.

Apesar das suas limitações, este trabalho apresenta contribuições significativas ao campo da psicologia, da psicossomática e do estudo da cefaleia. Até onde nos foi

dado a conhecer, este é um dos primeiros estudos a focar a temática da cefaleia no campo da psicologia analítica, bem como é pioneiro na investigação das associações simbólicas dos pacientes em relação aos seus quadros de dores de cabeça. Além disso, o estudo destacou a importância de considerar o papel do estresse e outras emoções na abordagem clínica e científica da cefaleia.

Reitera-se o quanto o trabalho com as imagens forneceu associações significativas sobre a cefaleia e contribuiu para a compreensão das condições psicossomáticas dos participantes. A imagem é uma verdadeira via de acesso para as emoções e os conflitos de origem inconsciente. Neste estudo o tesouro imagético descrito pelos participantes revelou a intensidade das suas dores e abriu espaço para propor novas reflexões. Seria interessante aplicar essa técnica a outras problemáticas no campo da psicossomática.

Algumas perguntas sobre a conexão entre a cefaleia e os fatores emocionais restam em aberto, de modo que outras pesquisas devem ser realizadas, principalmente com o objetivo de testar clinicamente o quanto as alterações de fatores emocionais, como a depressão e a ansiedade, poderiam impactar fatores como a confiança do sujeito na eficácia do tratamento de sua dor e a diminuição da resposta e da frequência da dor. Também, sugere-se para estudos futuros, testar os impactos da terapia junguiana na sensação de bem-estar e diminuição dos quadros de dor em indivíduos com cefaleia.

Acredita-se que para compreender os processos de adoecimento é preciso realizar práticas de saúde integrativa, as quais devem estar presentes não apenas nas formas de tratamento (psicologia, medicina, fisioterapia, entre outras), mas também no discurso e na compreensão das problemáticas. Atualmente, vê-se que as certezas do modelo causa-efeito cedem lugar a dúvidas e ao surgimento de raciocínios abrangentes sobre os fenômenos. A dinâmica psíquica e o processo simbólico se somam a uma rede de conhecimentos contribuindo para a compreensão de quadros de dor, como a cefaleia.

Ainda que a contribuição da psicologia analítica seja importante na compreensão das causas e mecanismos da cefaleia e outras dores crônicas, acredita-se que a sua contribuição principal reside no entendimento de que o adoecimento está ligado a subjetividade e individualidade. Destarte, o sintoma é compreendido como algo muito maior do que um fator nocivo e incômodo, uma vez que ele revela aspectos importantes da vida psíquica, exercendo uma função importante no processo de

individuação (JUNG, 1977/2015). Essa perspectiva reorienta a compreensão da cefaleia, pois a doença passa a ser entendida como uma tentativa de alcançar uma vida mais completa e uma ponte para a integração psíquica.

## REFERÊNCIAS

ABBATE-DAGA, *et al.* Anger, depression and personality dimensions in patients with migraine without aura. **Psychoterapy and psychossomatics**, Basiléia, v. 76, n. 2, p. 122-128, Jan. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000097971>. Acesso em: 15 jun. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMIRI, S.; BEHNEZHAD, S.; AZAD, E. Migraine headache and depression in adults: a systematic review and meta-analysis. **Neuropsychiatry**, [s. l.], v. 33, n.3, p. 131-140, Sep. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40211-018-0299-5>. Acesso em: 15 jun. 2021.

ANDA, R. *et al.* Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. **Headache**, [s. l.], v. 50, n. 9, p. 1473-1481, Oct. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01756.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BAG, B.; KARABULUT, N. Pain-relieving factors in migraine and tension-type headache. **International Journal of Clinical Practice**, [s. l.], v. 59, n. 7, p. 760-763, June 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1368-5031.2005.00535.x>. Acesso em: 29 jun. 2021.

BAHRA, A. Primary headache disorders: focus on migraine. **Reviews in pain**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. 2-11, Dec. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/204946371100500402>. Acesso em: 5 jun. 2021.

BALDACCI, F. *et al.* Migraine features in migraineurs with and without anxiety–depression symptoms: a hospital-based study. **Clinical Neurology and Neurosurgery**, [s. l.], v. 132, p. 74-78, May 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2015.02.017>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BARBANTI, P. *et al.* A case-control study on excessive daytime sleepiness in chronic migraine. **Sleep Medicine**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 278-281, Mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.10.022>. Acesso em: 29 jun. 2021.

BASKIN, S. M.; SMITHERMAN, T. A. Migraine and psychiatric disorders: comorbidities, mechanisms, and clinical applications. **Neurological Sciences**, [s. l.], v. 30, n. S1, p. 61-65, May 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10072-009-0071-5>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **Manual do inventário de depressão de Beck**. 1. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2014.

BEGHI, E. *et al.* Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. **The Journal of Headache and Pain**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 141-150, Jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0187-2>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BERARDELLI, I. *et al.* Job satisfaction mediates the association between perceived disability and work productivity in migraine headache patients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 16, n. 18, p. 1-9, Sep. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16183341>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BERGMAN-BOCK, S. Associations between migraine and the most common psychiatric co-morbidities. **Headache**, [s. l.] v. 58, n.2, p. 346-353, Feb. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/head.13146>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BERRY, P. A. Migraine disorder: workplace implications and solutions. **Workplace Health and Safety**, [s. l.], v. 55, n. 2, p. 51–56. Feb. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/216507990705500202>. Acesso em 15 jun. 2021.

BIGAL, M. E. *et al.* Assessment of migraine disability using the migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire: a comparison of chronic migraine with episodic migraine. **Headache**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 336-342, Apr. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12656704/>. Acesso em: 2 jun. 2021.

BIHLDORFF, J.; KING, S.; PARNES, L. Psychological factors in headache. **Headache**, [s. l.], v. 11, n. 3, p.117-127, Oct. 1971. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1971.hed1103117.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BLAU, J. N. Migraine postdromes: symptoms after attacks. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 11, n. 5, p. 228-231, Nov. 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1991.1105229.x>. Acesso em: 7 jun. 2021.

BOSE, P.; GOADSBY, P. J. The migraine postdrome. **Current Opinion in Neurology**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 299-301, June 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26886356/>. Acesso em: 6 jun. 2021.

BURTON, W. N. *et al.* The economic burden of lost productivity due to migraine headache: a specific worksite analysis. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, [s. l.], v. 44, n. 6, p. 523–529, June 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00043764-200206000-00013>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BUSE, D. C. *et al.* Sociodemographic and comorbidity profiles of chronic migraine and episodic migraine sufferers. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, [s. l.], v. 81, n. 4, p. 428-432, Apr. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20164501/>. Acesso em: 7 jun. 2021.

BUSE, D. C. *et al.* Sleep disorders among people with migraine: results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. **Headache**, [s. l.], v. 59, n. 1, p. 32-45, Nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/head.13435>. Acesso em: 14 jun. 2021.

CALHOUN, A. H.; FORD, S. Behavioral sleep modification may revert transformed migraine to episodic migraine. **Headache**, [s. l.], v. 47, n. 8, p.1178–1183, Sep. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00780.x>. Acesso em: 14 jun. 2021.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. 1. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

CUTRER, F. M.; HUERTER, K. Migraine Aura. **Neurologist**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 118-125, May 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17495755/>. Acesso em: 6 jun. 2021.

DE BENEDITTIS, G.; LORENZETTI, A. The role of stressful life events in the persistence of primary headache: major events vs. daily hassles. **Pain**, [s. l.], v. 51, n.1, p. 35-42, Oct. 1992. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90006-W](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90006-W). Acesso em: 15 jun. 2021.

DE BENEDITTIS, G.; LORENZETTI, A.; FIERI, A. The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache. **Pain**, [s. l.], v. 40, n. 1, p. 65-75, Jan. 1990. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)91052-K](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)91052-K). Acesso em: 15 jun. 2021.

DEVLEN, J. Anxiety and depression in migraine. **Journal of the Royal Society of Medicine**, [s. l.], v. 87, n. 6, p. 338-341, June 1994. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1294564/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

EVANS, J. D. **Straightforward statistics for the behavioral sciences**. [S. l.]: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.,1996.

FAUL, F. *et al.* G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**, [s. l.], v. 39, p. 175-191, May 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.3758/BF03193146>. Acesso em: 7 jul. 2021.

FORNARO, M.; STUBBS, B. A meta-analysis investigating the prevalence and moderators of migraines among people with bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 178, p. 88-97, June 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.032>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FROMM-REICHMANN, F. Contribution to the psychogenesis of migraine. **The Psychoanalytic Review**, [s. l.], v. 100, n. 1, p. 95-102, Feb. 2013. Texto original publicado em 1937. Disponível em: <https://doi.org/10.1521/prev.2013.100.1.95>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FUH, J. L. *et al.* Relationship between childhood physical maltreatment and migraine in adolescents. **Headache**, [s. l.], v. 50, n. 5, p. 761-768, May 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01639.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FUKUI, P. T. *et al.* Trigger factors in migraine patients. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [s. l.], v. 66, n. 3, p. 494-499, sep. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2008000400011>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FULLER-THOMSON, E.; BAKER, T. M.; BRENNENSTUHL, S. Investigating the association between childhood, physical abuse and migraine. **Headache**, [s. l.], v. 50, n. 5, p. 749-760, May 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01626.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GANNON, L. R. *et al.* Psychophysiological correlates of induced headaches. **Journal of Behavioral Medicine**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 411-423, Aug. 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF00846479>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GIFFIN, N. J. *et al.* Premonitory symptoms in migraine: an electronic diary study. **Neurology**, [s. l.], v. 60, n. 6, p. 935-940, Mar. 2003. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/60/6/935.long>. Acesso em: 7 jun. 2021.

GIFFIN, N. J. *et al.* The migraine prodrome: an electronic diary study. **Neurology**, [s. l.], v. 87, n. 3, p. 309-313, July 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002789>. Acesso em: 7 jun. 2021.

GOLDSTEIN, D. S.; KOPIN, I. J. Evolution of concepts of stress. **Stress**, [s. l.], v.10, n. 2, p. 109-120, July 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10253890701288935>. Acesso em: 7 jul. 2021.

GONDA, X. *et al.* High anxiety and migraine are associated with the s allele of the 5HTTLPR gene polymorphism. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 149, n.1-3, p. 261-266, Jan. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.014>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GORDON-SMITH, K. *et al.* Rapid cycling as a feature of bipolar disorder and comorbid migraine. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v.175, 320-324, Apr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.024>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GOULART, A. C. *et al.* Migraine headaches and mood/anxiety disorders in the ELSA Brazil. **Headache: The Journal of Head and Face Pain**, [s. l.], v. 54, n. 8, p. 1310-1319, Sep. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/head.12397>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GROTHGAR, B.; SCHOLZ, O. On specific behavior of migraine patients in an anger-provoking situation. **Headache**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 206-210, Apr. 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1987.hed2704206.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

GUNEL, M. K.; AKKAYA, F. Y. Are migraineur women really more vulnerable to stress and less able to cope? **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 1-6, Oct. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-211>. Acesso em: 16 jun. 2021.

HASSINGER, H. J.; SEMENCHUK, E. M.; O'BRIEN, W. H. Appraisal and coping responses to pain and stress in migraine headache sufferers. **Journal of Behavioral Medicine**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 327-340, Aug. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1023/A:1018722002393>. Acesso em: 15 jun. 2021.

HATCH, J. *et al.* Anger and hostility in tension-type headache. **Headache**, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 302-304, May 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1991.hed3105302.x>. Acesso em 15 jun. 2021.

HOULE, T. T. *et al.* Stress and sleep duration predict headache severity in chronic headache sufferers. **Pain**, [s. l.], v. 153, n. 12, p. 2432-2440, Dec. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626265/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

HOULE, T.; NASH, J. M. Stress and headache chronification. **Headache**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 40-44, Dec. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00973.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. version 25.0. NewYork: IBM Corp, 2017.

INVERNIZZI, G.; GALA, C.; SACCHETTI, E. Life events and headache. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 229-231, May 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/03331024850050S245>. Acesso em: 15 jun. 2021.

JENSEN, M.; TURK, D. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to all psychologists. **American Psychologist**, [s. l.], v. 69, n. 2, p. 105-118, Feb./Mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0035641>. Acesso em: 7 jun. 2021

JETTE, N. *et al.* Comorbidity of migraine and psychiatric disorders: a national population-based study. **Headache**, [s. l.], v. 48, n. 4, p. 501-516, Apr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00993.x>. Acesso em: 15 jun.2021.

JUNG, C. G. **A natureza da psique**. OC 8/2. Petrópolis: Vozes, 2009. Texto original publicado em1960.

JUNG, C. G. **O desenvolvimento da personalidade**. OC 17. Petrópolis: Vozes, 2013a. Texto original publicado em 1954.

JUNG, C. G. **Estudos psiquiátricos**. OC 1. Petrópolis: Vozes, 2013b. Texto original publicado em 1903.

JUNG, C. G. **A energia psíquica**. OC 8/1. Petrópolis: Vozes, 2013c. Texto original publicado em 1928.

JUNG, C. G. Fundamentos da psicologia analítica. *In*: **A vida simbólica**. OC 18/1. Petrópolis: Vozes, 2015. Texto original publicado em 1977.

JUNG, C. G. **Psicologia do inconsciente**. OC 7/1. Petrópolis: Vozes, 1980. Texto original publicado em 1916.

KELMAN, L.; RAINS J. C. Headache and sleep: examination of sleep patterns and complaints in a large clinical sample of migraineurs. **Headache**, [s. l.], v. 45, n. 7 p. 904-910, Jul./Aug. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15985108>. Acesso em: 29 jun.2021.

KIM, J. *et al.* Excessive daytime sleepiness is associated with an exacerbation of migraine: A population-based study. **Journal Headache Pain**, [s. l.], v. 17, n. 62, July 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0655-4>. Acesso em: 29 jun.2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAMPL, C. *et al.* Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. **The Journal of Headache and Pain**, [s. l.], v.17, n. 1, June 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0649-2>. Acesso em: 15 jun. 2021.

LEO, R. J.; SINGH, J. Migraine headache and bipolar disorder comorbidity: A systematic review of the literature and clinical implications. **Scandinavian Journal of Pain**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 136-145, Apr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.12.002>. Acesso em: 15 jun. 2021.

LIANG, J. *et al.* The effects of OB-induced depression on nociceptive behaviors induced by electrical stimulation of the dura mater surrounding the superior sagittal sinus. **Brain Research**, [s. l.], v.1424, n. 18, p. 9-19, Nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2011.09.048>. Acesso em: 15 jun. 2021.

LIPTON, R. B. *et al.* Reduction in perceived stress as a migraine trigger: Testing the “let-down headache” hypothesis. **Neurology**, [s. l.], v. 82, n.16, p. 1395-1401, Apr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000332>. Acesso em: 15 jun. 2021.

LOUTER, M. A. *et al.* Allodynia is associated with a higher prevalence of depression in migraine patients. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 34, n.14, p. 1187-1192, Apr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0333102414532554>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MARMURA, M. J. Triggers, protectors, and predictors in episodic migraine. **Current Pain and Headache Reports**, [s. l.], v. 22, n. 81, Oct. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0734>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MARTIN, P. R. *et al.* Cognitive behavior therapy for comorbid migraine and/or tension-type headache and major depressive disorder: an exploratory randomized controlled trial. **Behaviour Research and Therapy**, [s. l.], v. 73, p. 8-18, Oct. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.005>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MARTIN, P. R.; SENEVIRATNE, H. M. Effects of food deprivation and a stressor on head pain. **Health Psychology**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 310-318, July 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.16.4.310>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MARTIN, P. R.; SOON, K. The relationship between perceived stress, social support and chronic headaches. **Headache**, [s. l.], v. 33, n. 6, p. 307-314, June 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1993.hed3306307.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MARTIN, P. R.; THEUNISSEN, C. The role of life event stress, coping and social support in chronic headaches. **Headache**, [s. l.], v. 33, n. 6, p. 301-306, June 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1993.hed3306301.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MARTIN, P. R.; TEOH, H. J. Effects of visual stimuli and a stressor on head pain. **Headache**, [s. l.], v. 39, n. 10, p. 705-715, Nov./Dec.1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.1999.3910705.x>. Acesso em: 29 jun. 2021.

MARTIN, P. R.; TODD, J.; REECE, J. Effects of noise and a stressor on head pain. **Headache**, [s. l.], v. 45, n. 10, p. 1353-1364, Nov. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2005.00268.x>. Acesso em: 29 jun. 2021.

MAY, A. Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. **Lancet**, [s. l.], v. 366, n. 9488, p. 843-855, Sep. 2005. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67217-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67217-0/fulltext). Acesso em: 7 jun. 2021.

MELO-CARRILLO, A.; LOPEZ-AVILA, A. A chronic animal model of migraine, induced by repeated meningeal nociception, characterized by a behavioral and pharmacological approach. **Cephalalgia**, [s. l.], v.33, n.13, p. 1096-1105, Oct. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0333102413486320>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MINEN, M. T. *et al.* Migraine and its psychiatric comorbidities. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, [s. l.], v. 87, n.7, p. 741-749, Jul. 2016. Disponível em: <https://jnnp.bmj.com/content/87/7/741>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MONSOUR, K. J. Migraine: dynamics and choice of symptom. **The psychoanalytical quarterly**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 476-493, Dec. 2017. Texto original publicado em: 1957. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21674086.1957.11926069>. Acesso em: 15 jun. 2021.

NATOLI, J. *et al.* Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. **Cephalalgia**, [s. l.], v.30, n, 5, p. 599-609, Aug. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>. Acesso em: 6 jun. 2021.

NICHOLSON, R. A. *et al.* Differences in anger expression between individuals with and without headache after controlling for depression and anxiety. **Headache**, [s. l.], v. 43, n. 6, p. 651-663, June 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2003.03108.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

ONG, J. C.; STEPANSKI, E. J.; GRAMLING, S. E. Pain coping strategies for tension-type headache: possible implications for insomnia?. **Journal of clinical sleep medicine**, [s. l.], v. 5, n. 1, p.52-56, Feb. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637166/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

ONG, J. C. *et al.* Can circadian dysregulation exacerbate migraines?. **Headache**, [s. l.], v. 58, n. 7, p.1040-105, May 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/head.13310>. Acesso em: 29 jun. 2021.

ORTIZ, A. *et al.* Cross-prevalence of migraine and bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, [s. l.], v. 12, n. 4, 397-403, June 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00832.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

OSTERHAUS, J. T.; GUTTERMAN, D. L.; PLACHETKA, J. R. Healthcare resource and lost labour costs of migraine headache in the US. **Pharmacoeconomics**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 67-76, July 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10146980/>. Acesso em: 29 jun. 2021.

PERES, P. *et al.* Excessive daytime sleepiness in migraine patients. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, [s. l.], v. 76, p.1467-1468, Sep. 2005. Disponível em: <https://jnnp.bmj.com/content/76/10/1467.info>. Acesso em: 29 jun. 2021.

PERES, M. F. P. *et al.* Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. **Headache**, [s. l.], v.18, n.1, p. 1-8, Mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0742-1>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PEROZZO, P. *et al.* Anger and emotional distress in patients with migraine and tension-type headache. **The journal of headache and pain**, [s. l.], v. 6, n. 5, p. 392-399, Sep. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10194-005-0240-8>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PETROVICS-BALOG, A. *et al.* The effect of psychiatric comorbidities and stress-coping strategies on perceived quality of life in migraine. **Ideggyogy Sz**, [s. l.], v. 72, n.11-12, p. 397-404, Nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18071/isz.72.0397>. Acesso em 25 jun. 2021.

PROBYN, K. *et al.* Prognostic factors for chronic headache. **Neurology**, [s. l.], v. 89, n. 3, p. 291-301, July 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004112>. Acesso em: 15 jun. 2021.

QUINTELA, E. *et al.* Premonitory and resolution symptoms in migraine: a prospective study in 100 unselected patients. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 26, n. 9, p. 1051-1060, Sep. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2006.01157.x>. Acesso em: 7 jun. 2021.

RAMOS, D. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

ROGANTE, E. *et al.* Illness perception and job satisfaction in patients suffering from migraine headaches: trait anxiety and depressive symptoms as potential mediators. **Headache**, [s. l.], v. 59, n. 1, p. 46-55, Jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/head.13461>. Acesso em: 15 jun. 2021.

RUSSELL, M. B. Epidemiology and genetics of cluster headache. **Lancet Neurology**, [s. l.], v.3, n. 5, p. 279-283, May 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15099542/>. Acesso em: 3 jun. 2021.

SANCISI, E. *et al.* Increased prevalence of sleep disorders in chronic headache: a case-control study. **Headache**, [s. l.], v. 9, n. 5, p. 1464-1472, June 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01711.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SANTANGELO, G. *et al.* Cognitive dysfunctions and psychological symptoms in migraine without aura: a cross-sectional study. **The Journal of Headache and Pain**, [s. l.], v. 17, n.1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0667-0>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SANTOS, I. S. *et al.* Job stress is associated with migraine in current workers: The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **European Journal of Pain**, London, v. 18, n. 9, p. 1290-1297, Oct. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2014.489.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SCHOONMAN, G. G. *et al.* The prevalence of premonitory symptoms in migraine: a questionnaire study in 461 patients. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 26, n.10, p. 1209-1213, Oct. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2006.01195.x>. Acesso em: 7 jun. 2021.

SCHOONMAN, G. G. *et al.* Is stress a trigger factor for migraine? **Psychoneuroendocrinology**, [s. l.], v. 32, n. 5, p. 532-538, Jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.03.006>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SCHRAMM, S. H. *et al.* The association between stress and headache: a longitudinal population-based study. **Cephalalgia**, [s. l.], v. 35, n.10, p. 853-863, Dec. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0333102414563087>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SINAPSE: Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neurologia, n. 2, vol. 18, nov. 2018. Suplemento 2. ISSN 1645-281X versão *online*. Disponível em: [http://www.sinapse.pt/archive\\_detail.php?id=55](http://www.sinapse.pt/archive_detail.php?id=55). Acesso em: 6 jun. 2021.

SMITHERMAN, T. A.; KOLIVAS, E. D.; BAILEY, J. R. Panic disorder and migraine: comorbidity, mechanisms, and clinical implications. **Headache**, [s. l.], v. 53, n. 1, p. 23-45, Jan. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/head.12004>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SONG, T. J. *et al.* Anxiety and depression in tension-type headache: a population-based study. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 11, n. 10, p. 1-12, Oct. 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0165316>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SONG, T. J. *et al.* Poor sleep quality in migraine and probable migraine: a population study. **Journal of Headache Pain**, [s. l.], v. 19, n. 58, p. 1-8, July 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0887-6>. Acesso em: 29 jun 2021.

SPIELBERGER, C.; KRASNER, S.; SOLOMON, E. The experience, expression, and control of anger. *In*: JANISSE, M. P. (ed.). **Individual Differences, Stress, and Health Psychology**. New York: Springer, 1988. p. 89-108. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3824-9\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3824-9_5). Acesso em: 15 jun. 2021.

STAKE, R. E. **Pesquisa Qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. 1. ed. Porto Alegre: Penso, 2011.

STEWART, W. F. *et al.* Work impact of migraine headaches. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, [s. l.], v. 50, n. 7, p. 736-745, July 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31818180cb>. Acesso em: 14 jun. 2021.

STOVNER, L. J. *et al.* Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet Neurology**, [s. l.], v. 11, n. 17, p. 954-976, Nov. 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30322-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30322-3). Acesso em: 6 jun. 2021.

STUBBS, B. *et al.* The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [s. l.], v. 131, n. 2, p. 75-88, Aug. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acps.12325>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SZABO, S.; TACHE, Y.; SOMOGYI, A. The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: a retrospective 75 years after his landmark brief "letter" to the editor of nature. **Stress**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 472-478, Sep. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22845714/>. Acesso em: 29 jun. 2021.

TIETJEN, G. E. *et al.* Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. **Headache**, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 20-31, Jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2009.01556.x>. Acesso: 7 jul. 2021.

TOMÉ-PIRES, C. *et al.* The relative importance of anxiety and depression in pain impact in individuals with migraine headaches. **Scandinavian Journal of Pain**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 109-113, Oct. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.08.002>. Acesso em: 15 jun. 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 9 jun. 2021.

VLADETIĆ, M. *et al.* Health-related quality of life and ways of coping with stress in patients with migraine. **Neurological Sciences**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 295-301, Feb. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10072-016-2759-7>. Acesso em: 15 jun. 2021.

WITTRICK, D. A.; FORAKER, S. L. Tension-type headache and stressful events: the role of selective memory in the reporting of stressors. **Headache**, [s. l.], v. 41, n. 5, p. 482-493, May 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2001.01086.x>. Acesso em: 15 jun. 2021.

WÖBER, C. *et al.* Trigger factors of migraine and tension-type headache: experience and knowledge of the patients. **The Journal of Headache and Pain**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 188-195, Sep. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10194-006-0305-3>. Acesso em: 15 jun. 2021.

ZHANG, M. *et al.* Depression and anxiety behavior in a rat model of chronic migraine. **The Journal of Headache and Pain**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1-10, Feb. 2017.  
Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0736-z>. Acesso em: 15 jun. 2021.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – 1ª etapa

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP**

**Comitê de Ética em Pesquisa**

### CONVITE

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa autorizada pela PUC-SP. Agradecemos por sua disposição em contribuir para a construção de novos conhecimentos. A identificação da pesquisa, do(a) Pesquisador(a) e de seu(sua) Orientador(a) estão descritos abaixo.

Leia atentamente o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, a seguir. Se você estiver de acordo, inteiramente esclarecido(a), e se dispuser voluntariamente a participar, agradeceremos por sua importante colaboração.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA

Título da Pesquisa: Cefaleias: um estudo sobre as emoções, percepções e fantasias nas dores de cabeça

Objetivo Geral: Investigar as emoções, sentimentos, percepções e fantasias dos participantes de ambos os sexos em relação aos quadros de cefaleia (dores de cabeça/enxaquecas) e partindo desses dados traçar uma compreensão simbólica baseada na psicologia analítica desses quadros de dor.

Esta pesquisa está relacionada à elaboração de uma Dissertação de Mestrado Acadêmico em andamento no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu na qualidade de Mestrado em Psicologia Clínica pelo Núcleo de Estudos Junguianos, da PUC-SP.

Pesquisador(a) responsável: Giancarlo Dedone Bissolli.

Curso de vínculo do Pesquisador: Mestrado em Psicologia Clínica pelo Núcleo de Estudos Junguianos

Orientador(a) da Pesquisa: Prof.(a) Dr.(a) Denise Gimenez Ramos.

#### FORMA DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Estou ciente de que a minha participação nessa pesquisa será na forma: Responder um questionário sobre cefaleia online com 24 perguntas, o inventário de ansiedade de Beck online e o inventário de depressão de Beck online. Com total de duração estimada em 30 minutos.

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – 1ª etapa – Cont.**

### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Fui esclarecido(a) que esta pesquisa espera alcançar, com seus resultados, importantes benefícios para os seres humanos, a comunidade e a sociedade. Estou ciente de que é possível que aconteçam alguns desconfortos ou riscos para mim, como estar diante de questões que eu não saiba responder, ou acerca das quais eu não tenha conhecimento suficiente ou aprofundado. Estou ciente de que o(a) Pesquisador(a) tudo fará para a redução desses desconfortos, principalmente mediante a disponibilização prévia de todos os esclarecimentos necessários. Sobretudo, não serei privado(a) nem limitado(a) em qualquer dos meus direitos, nem intimidado(a) a qualquer tipo de participação com a qual eu não concorde.

### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada. Pesquisador(a), que se responsabilizará pela guarda dos dados, bem como pela não exposição das fontes dos dados da pesquisa. As informações e dados resultantes desta pesquisa serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, sem identificação dos participantes.

### **AUTONOMIA**

Estou ciente de que me é assegurada toda a assistência necessária durante toda a pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa e suas consequências e tudo mais que eu queira saber, antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar da pesquisa, ou retirar meu consentimento, a qualquer momento, sem precisar me justificar, e que, se eu me retirar da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo na assistência a que tenho direito.

### **RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

Estou ciente de que, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da minha participação na pesquisa, tal como transporte, alimentação, ou outra, haverá ressarcimento dos valores gastos. E caso ocorra algum dano material ou imaterial decorrente da minha participação no estudo, não serei prejudicado(a), nem responsabilizado(a).

### **CONTATO**

Estou ciente de que o Pesquisador responsável por este projeto é Giancarlo Dedone Bissolli, e com ele poderei manter contato a qualquer momento pelo telefone (11) 964748456 ou pelo E-mail [giancarlo.dedone@hotmail.com](mailto:giancarlo.dedone@hotmail.com).

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – 1ª etapa – Cont.**

Estou ciente, enfim, de que o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP é composto por profissionais qualificados daquela universidade, que trabalham para garantir que meus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados, avaliando se a pesquisa foi planejada e está sendo executada de forma ética. Se eu achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginei, ou estiver sendo prejudicado(a) de alguma forma, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, à Rua Ministro Godói, 969, Térreo, Sala 63C, Perdizes, São Paulo/SP, CEP 05015-001, Tel. (11) 3670-8466, e-mail [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br).

**DECLARAÇÃO**

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tive a oportunidade de discutir e esclarecer todas as informações deste termo com o(a) Pesquisador(a). Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito(a) com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo(a) Pesquisador(a).

Enfim, tendo sido orientado(a) quanto ao teor de tudo aqui mencionado e tendo compreendido a natureza, a justificativa, os objetivos e o método desta pesquisa, manifesto meu **consentimento livre e esclarecido** em participar voluntariamente, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Autorizo o uso das informações e dados resultantes de minha participação exclusivamente à redação e publicação da pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Assinatura do(a) Participante da pesquisa

---

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – 2ª etapa

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

Comitê de Ética em Pesquisa

### CONVITE

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa autorizada pela PUC-SP. Agradecemos por sua disposição em contribuir para a construção de novos conhecimentos. A identificação da pesquisa, do(a) Pesquisador(a) e de seu(sua) Orientador(a) estão descritos abaixo.

Leia atentamente o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, a seguir. Se você estiver de acordo, inteiramente esclarecido(a), e se dispuser voluntariamente a participar, agradeceremos por sua importante colaboração.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA

Título da Pesquisa: Cefaleias: um estudo sobre as emoções, percepções e fantasias nas dores de cabeça

Objetivo Geral: Investigar as emoções, sentimentos, percepções e fantasias dos participantes de ambos os sexos em relação aos quadros de cefaleia (dores de cabeça/enxaquecas) e partindo desses dados traçar uma compreensão simbólica baseada na psicologia analítica desses quadros de dor.

Esta pesquisa está relacionada à elaboração de uma Dissertação de Mestrado Acadêmico em andamento no Pós-Graduação Stricto Sensu na qualidade de Mestrado em Psicologia Clínica pelo Núcleo de Estudos Junguianos, da PUC-SP.

Pesquisador(a) responsável: Giancarlo Dedone Bissolli

Curso de vínculo do Pesquisador: Mestrado em Psicologia Clínica pelo Núcleo de Estudos Junguianos

Orientador(a) da Pesquisa: Prof.(a) Dr.(a) Denise Gimenez Ramos.

#### FORMA DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Estou ciente de que a minha participação nessa pesquisa será na forma responder a uma entrevista em profundidade contendo 19 questões com duração aproximada de uma hora.

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – 2ª etapa – Cont.**

### **RISCOS E BENEFÍCIOS**

Fui esclarecido(a) que esta pesquisa espera alcançar, com seus resultados, importantes benefícios para os seres humanos, a comunidade e a sociedade. Estou ciente de que é possível que aconteçam alguns desconfortos ou riscos para mim, como estar diante de questões que eu não saiba responder, ou acerca das quais eu não tenha conhecimento suficiente ou aprofundado. Estou ciente de que o(a) Pesquisador(a) tudo fará para a redução desses desconfortos, principalmente mediante a disponibilização prévia de todos os esclarecimentos necessários. Sobretudo, não serei privado(a) nem limitado(a) em qualquer dos meus direitos, nem intimidado(a) a qualquer tipo de participação com a qual eu não concorde.

### **SIGILO E PRIVACIDADE**

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, que meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, me identificar, será mantido em sigilo pelo(a) Pesquisador(a), que se responsabilizará pela guarda dos dados, bem como pela não exposição das fontes dos dados da pesquisa. As informações e dados resultantes desta pesquisa serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, sem identificação dos participantes.

### **AUTONOMIA**

Estou ciente de que me é assegurada toda a assistência necessária durante toda a pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa e suas consequências e tudo mais que eu queira saber, antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar da pesquisa, ou retirar meu consentimento, a qualquer momento, sem precisar me justificar, e que, se eu me retirar da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo na assistência a que tenho direito.

### **RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

Estou ciente de que, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da minha participação na pesquisa, tal como transporte, alimentação, ou outra, haverá ressarcimento dos valores gastos. E caso ocorra algum dano material ou imaterial decorrente da minha participação no estudo, não serei prejudicado(a), nem responsabilizado(a).

### **CONTATO**

Estou ciente de que o(a) Pesquisador(a) responsável por este projeto é Giancarlo Dedone Bissolli, e com ele(a) poderei manter contato a qualquer momento pelo telefone (11) 964748456 ou pelo E-mail giancarlo.dedone@hotmail.com.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – 2ª etapa – Cont.

Estou ciente, enfim, de que o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP é composto por profissionais qualificados daquela universidade, que trabalham para garantir que meus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados, avaliando se a pesquisa foi planejada e está sendo executada de forma ética. Se eu achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginei, ou estiver sendo prejudicado(a) de alguma forma, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, à Rua Ministro Godói, 969, Térreo, Sala 63C, Perdizes, São Paulo/SP, CEP 05015-001, Tel. (11) 3670-8466, e-mail [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br).

### DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tive a oportunidade de discutir e esclarecer todas as informações deste termo com o(a) Pesquisador(a). Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito(a) com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo(a) Pesquisador(a).

Enfim, tendo sido orientado(a) quanto ao teor de tudo aqui mencionado e tendo compreendido a natureza, a justificativa, os objetivos e o método desta pesquisa, manifesto meu **consentimento livre e esclarecido** em participar voluntariamente, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Autorizo o uso das informações e dados resultantes de minha participação exclusivamente à redação e publicação da pesquisa.

### Identificação do(a) Participante da pesquisa

Nome:

Função/Cargo:

E-mail:

Telefone:

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Assinatura do(a) Participante da pesquisa

---

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

**APÊNDICE C – Questionário de cefaleia****Questionário de Cefaleia****Dados Pessoais**

Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino      Idade:

Escolaridade:

- ( ) Não Frequentei Escola
- ( ) Ensino fundamental incompleto
- ( ) Ensino fundamental completo
- ( ) Ensino médio incompleto
- ( ) Ensino médio completo
- ( ) Ensino superior incompleto
- ( ) Ensino superior completo
- ( ) Pós-Graduado

Estado Civil:

- ( ) Solteiro/a
- ( ) Casado/a
- ( ) Separado
- ( ) Divorciado/a
- ( ) Viúvo/a

Profissão:

**Dados médicos**

A sua dor de cabeça já foi diagnosticada por um médico especialista?

- ( ) Sim      ( ) Não

Se sim, qual dos seguintes diagnósticos foi estabelecido:

- ( ) Enxaqueca sem aura
- ( ) Enxaqueca com aura
- ( ) Cefaleia ou dor de cabeça tensional
- ( ) Cefaleia ou dor de cabeça em salvas
- ( ) Não sei
- ( ) Outro tipo, especificar:

A sua dor de cabeça foi considerada crônica pelo médico?

- ( ) Sim      ( ) Não

**Dados sobre frequência da dor**

Com qual frequência você tem dores de cabeça?

- ( ) Em média menos de uma vez a cada três meses
- ( ) Em média, uma vez a cada três meses
- ( ) Em média, uma vez a cada quinze dias
- ( ) Em média, uma vez por semana
- ( ) Em média, mais de uma vez por semana
- ( ) Todos os dias

**APÊNDICE C – Questionário de cefaleia – Cont.**

Qual a duração dos seus ataques de dor de cabeça?

- Muito breve, menos de 30 minutos
- De 30 minutos a 1 hora
- De 1 a hora a 3 horas
- De 3 horas até 6 horas
- De 6 horas até 12 horas
- Mais de 12 horas
- O dia todo

A quanto tempo/anos você tem dores de cabeça?

Você se lembra como começou? O que estava acontecendo na época?

**Dados sobre o tipo de dor**

Minha dor é:

- Na forma de pontadas, em somente um lado da cabeça
- Tensional, como uma pressão ou aperto, nos dois lados da cabeça
- Na forma de pontada, muito intensa, somente em um lado da cabeça, atrás da região do olho
- Outro, especificar:

Qual é geralmente a intensidade das suas dores de cabeça?

- Muito leve
- Leve
- Moderada
- Dor intensa
- Muito intensa
- Grave

**Desempenho diário**

Sua dor de cabeça afeta suas tarefas diárias?

- Sim             Não

Se sim, quanto afeta?

- Afeta muito pouco, consigo fazer a maioria das tarefas ou todas as tarefas do meu dia
- Afeta moderadamente, não consigo fazer algumas tarefas do meu dia
- Afeta intensamente, não consigo desempenhar muitas tarefas do meu dia
- Afeta gravemente, eu não faço nenhuma tarefa do meu dia

**Desencadeadores emocionais**

Você acredita que suas dores de cabeça pioram ou são desencadeadas por questões emocionais?

- Sim             Não

**APÊNDICE C – Questionário de cefaleia – Cont.**

Se sim, quais das seguintes emoções/estados você acredita estarem relacionadas ao seu quadro:

- Raiva
- Ansiedade
- Tristeza
- Medo
- Alegria
- Nojo
- Outras emoções, descrever:

Você percebe que eventos marcantes, impactantes ou estressantes podem piorar ou desencadear sua cefaleia?

- Sim             Não

Se sim, você poderia dar exemplos de situações estressantes, tanto positivas quanto negativas, que você acredita estarem relacionadas as dores de cabeça?

Você percebe que alguns eventos cotidianos recorrentes provocam ou pioram sua cefaleia? (Exemplo: brigas em casa, contas para pagar no fim do mês, receber alguma notícia boa ou participar de algum evento social menor)

- Sim     Não

Você poderia dar alguns exemplos dessas situações?

Quais são as estratégias que você utiliza para lidar com sua dor de cabeça?

(Exemplo: relaxamento, dormir, medicamentos, qualquer coisa que você acredita que diminua a sua dor)

Se fosse possível transformar sua dor de cabeça em uma cena, imagem ou história, como ela seria?

Esta cena, imagem ou história te desperta quais emoções ou sentimentos?

## APÊNDICE D – Roteiro de entrevista

### **Sobre a dor de cabeça:**

1. Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Tem algum fato ou situação que você relaciona com o começo das suas dores?
2. Quais são os fatores que você acha que estão relacionados a sua dor?
3. Você percebe alguma coisa que desencadeia suas dores de cabeça?
4. Como as pessoas recebem sua dor de cabeça? Elas fazem algum comentário?
5. Tem alguma coisa que você faz que te ajuda a diminuir suas dores?

### **Sobre a imagem, cena ou história:**

1. Quando você pensa na sua imagem, história ou cena, o que vem na sua cabeça?
2. Você consegue relacionar a cena, imagem ou história que você descreveu em relação a sua dor a alguma experiência ou situação real vivada por você ou alguma pessoa próxima?
3. Você acha que essa cena, imagem ou história tem algum significado especial? Ela te ajuda a entender melhor sua dor?
4. Se você pudesse mudar algo na sua cena, imagem ou história o que seria?
5. Pensando na cena, imagem ou história, para onde você acha que ela vai se desenvolver? Qual caminho vai tomar? Qual será seu final?
6. Tem mais alguma coisa que gostaria de falar ou acrescentar sobre essa cena, imagem ou história?

### **Sobre as emoções:**

1. Você se considera uma pessoa ansiosa? A ansiedade afeta sua dor de cabeça? Como você lida com sua ansiedade? Suas dores de cabeça te deixam ansiosa?

**APÊNDICE D – Roteiro de entrevista – Cont.**

2. A tristeza é uma emoção que te acompanha muito? Você acredita que ela possa afetar suas dores de cabeça? Como você lida com a tristeza? Suas dores de cabeça te deixam triste?
3. A raiva é uma emoção muito presente na sua vida? Você acha que ela influencia sua dor de cabeça? As pessoas acham que você é muito nervoso ou irritado? Como você lida com sua raiva? Você acredita que reprime sua raiva? Você é capaz de controlar sua raiva? Suas dores de cabeça te deixam com raiva?
4. Você sente muito medo? Você acha que o medo influencia sua dor de cabeça? Como você lida com seu medo? Qual seu maior medo em relação a dor de cabeça?
5. Você se considera uma pessoa alegre ou que sente muita alegria? Você acha que a alegria pode afetar sua dor de cabeça? As suas dores de cabeça afetam sua capacidade de sentir prazer?
6. O nojo é uma emoção muito presente em sua vida? A sua dor de cabeça é afetada pela emoção de nojo? Tem algo na sua dor de cabeça que te desperta nojo?
7. Existe outra emoção ou emoções que você acha que afetam sua dor de cabeça?
8. Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre suas dores de cabeça?

## APÊNDICE E – Transcrição das entrevistas

### ENTREVISTA 1

**1- Você se lembra quando sua dor de cabeça começou? Você lembra o que estava acontecendo na sua vida?**

Eu comecei a perceber no primeiro ano de faculdade que foi no começo do ano passado, no final do colégio, final de 2018 para 2019 eu comecei a sentir muito mais dor de antes. Não sei se é stress, pode ser também. O começo da faculdade para entrar no vestibular e tudo mais.

**2- Quais fatores você acha que estão relacionados ao começo das suas dores de cabeça? Quais elementos que acabam influenciando na sua dor de cabeça?**

Atualmente eu acho que a ansiedade, eu tenho muita ansiedade, já foi até diagnosticado, eu acho que é o maior gatilho, já começa a doer na hora.

**3- Você percebe alguma coisa que desencadeia? Você falou da ansiedade, mas você percebe se tem mais alguma coisa que desencadeia?**

Tem um exemplo de situação que aconteceu recentemente, eu tinha um trabalho para entregar e estava um pouco atrasado, então na hora eu comecei a ficar desconfortável, não conseguia fazer nada, fiquei morrendo de dor, quando eu tenho alguma coisa fora do meu controle eu começo a ficar estressada, aí me dá dor de cabeça.

**4- Como as pessoas recebem a sua dor de cabeça?**

Como uma dor normal, elas falam “vai tomar um remédio, vai dormir um pouco”, mas eu que pedi para ir ver, ninguém nunca falou nada, achavam normal, todo mundo tem teoricamente.

**5- E tem alguma coisa que você faz que ajuda a diminuir suas dores?**

Eu vou dormir quando dói, ou tomo um remédio mesmo, mas quando é muito forte eu tenho que dormir.

**6- Eu não sei se você lembra da pesquisa, mas teve um momento que eu perguntei para você sobre uma imagem, cena ou história, você lembra do que colocou?**

Eu coloquei uma TV chiando, parece que eu olho e está piscando que nem uma TV mesmo, muito barulho, um chiado horrível.

**7- Quando você pensa nessa imagem ou história, o que vem na sua cabeça? O que você associa?**

Uma tela meio preto e branco, vem isso na hora, a primeira coisa que eu penso.

**8- E você consegue relacionar essa imagem, cena ou história a alguma experiência ou situação real vivida por você ou alguma pessoa próxima?**

Sim, teve uma vez que eu estava na faculdade, eu ia apresentar um trabalho e eu sou meio introvertida para falar em público, quando deu 5 minutos para eu entrar, começou a me dar tipo uma enxaqueca muito forte e eu até desmaiei depois, comecei a ver tudo piscando e daí caí, não lembro de mais nada, foi bizarro, ai desde então não apresentei mais trabalho, acabei até perdendo nota por causa disso.

**9- Você acha que essa cena, imagem ou história tem algum significado especial? Você acha que ela ajuda a entender melhor sua dor de cabeça?**

Entender não, mas dá para ter uma noção mais ou menos do que é, a sensação que a TV dá, mais ou menos assim. Eu acho que eu associo com agonia, é bem horrível.

**10- Se você pudesse mudar alguma coisa na sua cena, imagem ou história o que você mudaria? Você mudaria alguma coisa?**

Não.

**11- E pensando na sua cena, se você pudesse dar uma continuidade para ela, para onde ela iria correr? Como você acha que seria o final dela?**

A TV desligando, poderia ser um desmaio não sei, eu imagino isso, ela desligando.

**12- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar ou acrescentar sobre essa cena, imagem ou história?**

Não.

**13- Você se considera uma pessoa ansiosa? Você acha que a ansiedade afeta a sua dor de cabeça?**

Sim, absolutamente, muito. Eu sou muito ansiosa mesmo.

**14- E como você lida com a sua ansiedade?**

Não lido. Eu estou tão acostumada que eu só vivo com ela, eu cheguei a fazer psicólogo uma época, mas não deu muito certo, eu não sei se fiquei com um pouco de medo de voltar, aí eu não nunca mais voltei.

**15- E você acha que a ansiedade afeta a sua dor de cabeça?**

Afeta. Acho que se eu não tivesse ansiedade seria capaz eu nem ter dor de cabeça.

**16- As suas dores de cabeça te deixam ansiosa? Você sente ansiedade quando tem dor de cabeça?**

Então, piora muito, eu tenho um problema, sempre acho que vou morrer, então quando eu começo a sentir dor já começa a engatar, uma coisa vai engatando na outra aí parece que eu fico pior.

A tristeza é uma emoção que te acompanha muito? Você sente muita tristeza?

Só em alguns momentos, acho que tem relação sim.

**17- Quando você está triste, você sente que a sua dor de cabeça piora?**

Só triste não, mas se eu tiver estressada junto acho que piora.

**18- E como você geralmente lida com a sua tristeza? O que você faz?**

Eu choro, e quando eu choro dói mais a cabeça ainda.

**19- E essas dores te deixam tristes? Quando você chora você fica chateada?**

Eu fico, as vezes você perde coisa porque está com dor, não pode fazer algumas coisas.

**20- A raiva é uma emoção muito presente na sua vida?**

É, infelizmente, quando eu estou com raiva eu fico com muita dor de cabeça. Eu fico vermelha, parece que está fazendo uma pressão na cabeça.

**21- As pessoas acham que você é muito nervosa ou irritada?**

Uhum.

**22- E como você geralmente lida com a sua raiva? O que você faz?**

Eu choro, eu não descontro não, eu choro só.

**23- E você reprime a raiva?**

Reprimo, bastante.

**24- Você acha que é capaz de controlar sua raiva?**

Controlo, controlo bastante, até piora as vezes por querer controlar e não conseguir.

**25- E as suas dores de cabeça te dão raiva?**

Não. Acho que seria mais tristeza do que raiva.

**26- Você sente muito medo?**

Sim, do controle, as vezes eu penso “nossa, um dia eu vou morrer”, aí eu começo a ficar pensando, pensando e pensando e quando eu vejo eu estou com medo de tudo. Eu tenho medo de andar sozinha na rua, é um medo meio reprimido, eu ando, mas tenho medo.

**27- E você acha que o medo influencia sua dor de cabeça?**

Sim, as vezes mesmo sendo recorrente a dor de cabeça, eu acho que pode ser outra coisa, aí eu começo a ficar com medo, medo do médico não ver sabe?!

**28- Como você lida com o seu medo geralmente? O que você faz?**

Eu choro, ou reprimo e vou, faço, mas geralmente eu choro, não na frente das pessoas, eu não gosto de chorar na frente dos outros.

**29- E qual seu maior medo em relação a sua dor de cabeça?**

Morrer. Às vezes quando ela vem com desmaio, eu lembro que um médico me falou que o perigo do desmaio é a queda, eu tenho muito medo de passar mal, desmaiar, bater a cabeça, ou de ser alguma coisa neurológica.

**30- O nojo é uma emoção muito presente na sua vida?**

Acho que não.

**31- A sua dor de cabeça é afetada pela emoção do nojo?**

Não.

**32- Tem algo na sua dor de cabeça que te desperta nojo?**

Não.

**33- Existe outra emoção ou emoções que você acha que afetam sua dor de cabeça?**

O que eu mais percebo é ansiedade, raiva e tristeza. Essas 3 só.

**34- Você se considera uma pessoa alegre ou que sente muita alegria?**

Engraçada eu considero, alegre é engraçado? Acho que sim, eu me considero um pouco alegre.

**35- E você acha que quando você está muito alegre isso influencia sua dor de cabeça? Acha que piora ou alguma coisa assim?**

Não.

**36- Suas dores de cabeça afetam sua capacidade de sentir prazer?**

Sim, o desconforto é muito grande.

**37- Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre as suas dores de cabeça?**

Acho que não, acho que já falei tudo.

## **ENTREVISTA 2**

**1- Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Você tem algum fato ou situação que você relaciona com o começo das suas dores de cabeça?**

Sim, eu não sou uma pessoa que sempre teve dores de cabeça, muito pelo contrário, eu sempre coloquei mais minhas emoções na barriga, então sempre tive mais dor de barriga do que dor de cabeça, mas eu sinto que desde que eu comecei a trabalhar com o meu próprio negócio eu comecei a ter umas dores de cabeça mais frequentes. Eu sinto que elas começaram com um pouco mais de intensidade quando eu abri meu negócio, e eu sinto que elas são muito relacionada a tudo que tem a ver com prazo, então por exemplo, se no final do dia eu não consegui entregar alguma coisa, já

começo a sentir uma tensão mais forte na minha cabeça. Geralmente está relacionada ao meu trabalho, geralmente no final do dia é isso, sempre uma tensão, sempre um peso, sempre tem alguma coisa puxando ela para baixo, mas é sempre com trabalho. Geralmente é quando tem um prazo, porque por exemplo, vamos supor, se eu preciso fazer uma coisa para entregar no final da semana, eu sinto que tenho um tempo para fazer isso e me organizar, então na minha cabeça é mais tranquilo, mas quando eu tenho um prazo para entregar no final do dia minha cabeça já começa a sentir e começa a pesar. E como eu falei, minha dor de cabeça também trabalha muito com a minha barriga, então eu fico com os dois doendo.

## **2- Quais são os fatores que você percebe que estão relacionados a sua dor?**

Tensão, prazo, a própria cobrança interna acho que dá muita dor de cabeça, por mais que tenha alguém te pressionando para você ser alguma coisa, a pressão interna é pior. Então eu acho que eu acabo causando mais a dor de cabeça do que o próprio entorno.

## **3- Como as pessoas percebem a sua dor de cabeça? As pessoas ao seu redor fazem algum comentário?**

Eu não costumo falar muito quando eu estou com dor de cabeça, geralmente fico mais na minha, fico comigo mesma, mas as vezes que eu comento, o que é raro, as pessoas falam para eu tomar um remédio ou tomar um chá, geralmente é bem dentro desses comentários, mas eu não costumo falar muito não, geralmente fico mais comigo mesma. Então, geralmente as pessoas falam “ai você está muito estressada, tenta tomar algum remédio”, “tenta diminuir, desacelerar seu ritmo” ou “toma um chá”, “vai fazer algum esporte que você gosta”, o que vamos combinar que durante a pandemia é difícil, porque como que eu vou fazer algum esporte, como que eu vou “extravasar” essa dor cabeça. Então geralmente gira em torno disso, “tenta desacelerar, tomar algum remedinho, tenta tomar um chá, ver alguma coisa que você gosta”, mais no intuito de acalmar eu acho.

## **4- Tem alguma coisa que você faz que ajuda a diminuir as dores de cabeça? Você acha que tem algo que você consegue fazer que controle as dores?**

Sim, eu acho que depende da intensidade, porque por exemplo, se eu estou com um pouco de dor de cabeça que é mais agudinha, um pouco constante, eu sinto que quando eu ando de bicicleta, quando eu faço algum esporte, quando eu vou na academia, ou quando eu dou uma suada parece que melhora. Só que quando é aquela dor de cabeça tipo enxaqueca, que dá até vontade de vomitar, a única coisa

que eu consigo fazer e me faz melhorar é dormir, ficar no escuro e dormir. Então depende um pouco da intensidade da minha dor de cabeça. Essa dor de cabeça enxaqueca não é sempre que eu tenho, é difícil eu ter, mas essas dores de cabeça um pouco mais constantes, que não são tão fortes quanto dor de enxaqueca, o que me ajuda muito é o esporte. Mas que nem eu estava comentando né, por conta da pandemia é difícil, é muito difícil eu conseguir extravasar, e eliminar as dores de cabeça. Então Yoga, alguma coisa que faça eu movimentar um pouco o meu corpo.

**5- Qual imagem, cena ou história que você associa com a sua enxaqueca? Você consegue ver a sua enxaqueca de alguma forma simbólica, quando você fecha os olhos, você imagina ela de algum jeito?**

Eu não consigo pensar em uma imagem, não consigo relacionar ela a alguma coisa, mas sempre quando eu penso nessas crises de enxaqueca me vem muito a primeira vez que eu tive enxaqueca, que eu tive minha primeira crise de enxaqueca. Foi aqui na minha casa, eu tive uma aura, que é quando você começa a não enxergar direito de um olho, e eu lembro que me deu uma crise de ansiedade muito forte e eu lembro que eu deitei e fiquei muito tempo olhando para os meus pôsteres, então eu relaciono muito as minhas dores de cabeça com esse momento, pensando nesse momento, nessa primeira vez que eu tive enxaqueca. Como que lidei? Eu fiquei deitada, dei uma dormida e foi voltando um pouco, então não sei, de alguma forma, ter ficado no escuro, ter dormido, olhado para os meus pôsteres, ter escutado alguma coisa que eu gostava, foi me fazendo voltar. Quando eu penso na minha crise eu penso muito nesse momento, nessa minha primeira vez, nessa cena deitada na minha cama, olhando para os meus pôsteres, com a luz desligada, que depois de um tempo a visão acostuma com o escuro, então lembro dos meus pôsteres direitinho, lembro de eu escutando uma coisa no fundo, uma música no fundo e foi voltando, porque acho que a aura me deixou muito nervosa, não ter conseguido enxergar direito, então já fui deitar, já fui tentar me tranquilizar. E fiquei com essa imagem na cabeça.

**6- E quando você pensa nessa imagem, vem alguma emoção, vem algum pensamento?**

Sim, vem eu tentando relaxar, eu começo a repensar em todo o meu estilo de vida, o meu estilo de estresse, eu começo a pensar tipo, "não, você não pode deixar as coisas te consumirem tanto, você não pode deixar o trabalho te consumir tanto", então quando eu estou nesse tipo de momento eu fico repensando o meu ritmo de vida inteiro. Justamente porque na minha cabeça eu fico pensando que se eu refizer meu

ritmo e se eu fizer tudo talvez não sinta mais tanto nervoso, tanta dor de cabeça, então vem isso na cabeça.

**7- Você acha que essa cena tem algum significado especial? Ela te ajuda a entender melhor sua dor?**

Não sei, não sei se é o fato de eu estar na minha casa, de estar me sentindo em um ambiente tranquilo, eu fiquei um pouco mais tranquila em relação a isso. Eu não sei, sinceramente essa é uma pergunta que eu não sei responder, tenho que pensar sobre. Me faz repensar em tudo na verdade, a primeira coisa quando repenso é no meu estilo de trabalho, aí depois eu repenso no meu estilo inteiro de vida, então acho que fico listando na minha cabeça o que eu preciso melhorar e fico nessa.

**8- Se você pudesse mudar algo na sua cena, imagem ou história o que seria? Por exemplo, tem alguma coisa que você mudaria nessa cena, se você tivesse o poder de mudar?**

Não, eu acho que não, não mudaria nada.

**9- Pensando na cena, para onde você acha que ela vai se desenvolver? Quando você está ali naquele momento imaginando, qual caminho vai tomar, qual vai ser o seu final, você tem alguma intuição?**

Geralmente dormir, quando eu estou com essas dores de cabeça, quando eu não estou me sentindo bem, a única coisa que me faz melhorar de verdade é dormir pelo menos 1 hora. Então na minha cabeça, naquela cena, eu deitada, eu vendo meus posters, escutando aquele fundo, eu sabia que a única coisa que ia me deixar tranquila, era dormir, sabendo que eu ia acordar com menos dor, então dormir sempre me ajuda. Porque sempre quando eu estou doente, com febre, com dor de barriga, ou qualquer dor que eu não esteja no meu estado normal, dormir sempre me ajudou, desde pequena, então assim se eu estava com febre, se eu dormisse 12 horas, no dia seguinte eu ia acordar melhor. Então com a dor de cabeça é igual, quando eu durmo acordo melhor, obviamente, tomo um remédio para isso né, neosaldina ou alguma coisa que alivie minha dor de cabeça na hora, aí depois que eu durmo eu fico melhor.

**10- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar ou acrescentar nessa cena? Alguma coisa que você gostaria de pontuar?**

Eu acho que a gente estava falando que o trabalho acima de tudo me da dor de cabeça, mas eu não posso descartar o fato de ter perdido meu pai, acho que isso me causa muita dor de cabeça, muito mais do que antes inclusive, então acho que pensar

demais, querer resolver demais com as coisas me da dor de cabeça. Eu acho que tudo isso acaba juntando e acaba dando dor de cabeça.

**11- E você acha que depois que aconteceu esse fato piorou a dor de cabeça?**

Acho, acho que piorou, na verdade não sei o porquê, mas não no primeiro ano, mas esse ano eu estou sentindo muito mais dor de cabeça, não sei se é porque o choque abaixou e talvez venha uma realidade, mas acabou juntando sim. Acho que piorou, esse ano piorou, está muito mais nítido para mim que estou com mais dor de cabeça desde o processo da minha empresa até esse ano, bem isso.

**12- Você se considera uma pessoa ansiosa? A ansiedade afeta a sua dor de cabeça? Como você lida com a sua ansiedade? Suas dores de cabeça te deixam ansiosa?**

Sim, demais, é uma coisa que eu lido desde pequena é a ansiedade, e eu acho que muita gente né, mas eu tenho muita dificuldade de controlar ela, tenho dificuldade e para mim é muito difícil, e quando eu fico muito ansiosa acaba mostrando no meu corpo, a prova é a dor de cabeça, dor de barriga, muito ansiosa. Como eu lido com ela? Fazendo exercício físico, e acho que só.

**13- E você percebe que quando você diminui e sua ansiedade a sua dor de cabeça baixa?**

Com certeza, muito nítido para mim.

**14- Tristeza é uma emoção que te acompanha muito? Você acredita que ela possa afetar sua dor de cabeça? Como você lida com a tristeza? Suas dores de cabeça te deixam triste?**

Não, eu não tenho uma sensação de tristeza quando estou com dor de cabeça, não tenho isso, e não acho também que a tristeza seja um sentimento que me acompanha muito, obviamente que eu acredito que eu ainda esteja em período de luto, mas eu não acho que a tristeza seja o primeiro sentimento, não acho.

**15- A raiva é uma emoção muito presente na sua vida? Você acha que ela influencia sua dor de cabeça? As pessoas acham que você é muito nervosa ou irritada? Como você lida com a raiva?**

Acho que a raiva sim, mas a minha raiva não é um rancor, não é uma coisa que eu fico guardando, que eu fico sentindo raiva durante anos, é uma coisa muito pontual, então eu me estresso muito mais pontualmente e depois passa, me estresso muito mais com algumas coisinhas e depois passa, não é uma coisa que eu fico levando, mas eu acho sim que a raiva me da dor de cabeça, o stress me da dor de cabeça,

acho sim, acho que os dois estão ligados sim. No meu caso acho que sim. E como eu lido com a raiva? Geralmente eu tenho que me descarregar, com palavras, então eu não consigo ficar com muita coisa guardada, então se eu estiver muito irritada com alguma coisa eu prefiro ir e falar, descarregar, meio sem controle mesmo, sem limite, ai 5 minutos depois eu já estou mais calma, já estou mais aliviada, mas geralmente eu acho que é dando uma explodidinha, vamos dizer assim.

**16- E você acha que é capaz de controlar a sua raiva?**

Acho que eu sou, mas não quero, esse é o ponto, porque me faz muito bem depois a sensação de ter falado, de ter descarregado, então eu acho que só dar uma explodida as vezes é bom.

**17- E nessa questão da raiva, você acha que as suas dores de cabeça te deixam com raiva? Você fica com mais raiva quando tem enxaqueca?**

Acho, acho sim, tanto que aí eu começo a sentir dor de cabeça, começo a ficar estressada porque tal coisa me deixou com dor de cabeça, ou tal coisa me deixou nervosa, já começo a ficar irritada com aquilo, aí vai engrenando uma coisa na outra. Mas eu acho sim que as dores de cabeça me deixam estressada.

**18- Você sente muito medo? Você acha que o medo influencia essa dor de cabeça? E como você lida com o medo? Qual seu maior medo em relação a dor de cabeça? Você tem algum medo em relação a isso?**

Então, eu não sentia isso, também é uma coisa que eu comecei a sentir depois que meu pai faleceu, eu não tinha tanto medo dessas coisas mas eu sinto que estou muito mais medrosa do que antes, principalmente medo da perda, e isso me da dor de cabeça, ficar pensando muito na possibilidade de talvez perder alguém de novo, talvez perder o trabalho, o prazo, então isso me assusta e me da dor de cabeça sim, bastante.

**19- Você se considera uma pessoa alegre ou que sinta muita alegria? Você acha que a alegria pode afetar suas dores de cabeça? Suas dores de cabeça afetam sua capacidade de sentir prazer?**

Não sei, eu acho que eu tenho alguns picos de felicidade meio altos, mas não sei na verdade, não sei se picos de alegria me dão dor de cabeça, ficar muito feliz toda hora me da dor de cabeça, não lembro de ter acontecido sinceramente. Acho que também por eu ser uma pessoa muito intensa o fato de eu ficar muito feliz, ficar muito triste, ou estressada acaba me dando dor de cabeça, mas não estou conseguindo lembrar de

um momento de eu ter ficado muito feliz e ter ficado com dor de cabeça depois, não lembro disso.

**20- E quando você está com dor de cabeça você acha ela afeta a sua capacidade de sentir prazer? Você consegue sentir prazer mesmo tendo dor de cabeça ou não?**

Consigo, consigo sentir prazer, consigo tranquilo sim, não deixo de comer nada, ou de fazer alguma coisa por estar com dor de cabeça, só se ela estiver extremamente aguda, mas realmente não acontece muito, só se eu precisar deitar e fechar o olho, mas se eu estou com uma dor de cabeça mais ou menos eu consigo fazer minhas coisas normal.

**21- O nojo é uma emoção muito presente na sua vida? Você sente muito nojo? A sua dor de cabeça é afetada pela emoção do nojo? Tem algo na sua dor de cabeça que desperta nojo?**

Não, nem um pouco.

**22- Existe outra emoção ou emoções que afetam sua dor de cabeça? Você consegue pensar em algo?**

Eu acho que a gente pontuou bem a parte da raiva, do medo, e a cobrança, não sei se é um sentimento, mas a cobrança acho que me desperta muita dor de cabeça, cobrança interna e cobrança externa, acho que esses ai me dão bastante dor de cabeça, acho que está bem dentro do que você falou, não consegui encontrar outro. Realmente acho que é a cobrança interna que é um sentimento muito ruim que me dá bastante dor de cabeça e não dormir muito, as vezes acontece de eu não dormir bem a noite. Eu costumo dormir bem, mas as noites que eu não durmo, eu acordo com um pouco mais de dor de cabeça, mas isso também não é muito, só acontece quando eu estou em período de estresse, que estou sentindo mais medo, sentindo mais raiva, me sentindo mais cobrada. Geralmente está ligado a isso que eu falei mesmo.

**23- Você gostaria de falar mais alguma coisa? Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre a sua dor de cabeça?**

Assim, a dor de cabeça não é algo que me acompanhou sempre, não é algo que eu sempre senti, sempre foi mais a minha barriga. A dor de cabeça veio depois de eu me sentir um pouco mais responsável, responsável pela minha empresa, mais responsável para um monte de coisa para fazer, mais adulta mesmo. Quando eu fui ficando mais adulta eu fui ficando com mais dor de cabeça. Acho que é isso.

### ENTREVISTA 3

#### **1- Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Você tem algum fato ou situação que você relaciona com o começo das suas dores de cabeça?**

As minhas dores de cabeça foram muito irregulares, eu me lembro por volta dos 10 anos já ter tido crise de enxaqueca, mas ela não era frequente, era coisa de 1 vez a cada 3 anos, não era uma coisa recorrente. Depois disso eu tive alguns episódios, mas mais frequentemente depois de adulta. Acho que foi em 2013 que eu tive o primeiro episódio e depois de novo depois de 3 anos, só que ano passado eu tive uma crise que foi um pouco mais séria que eu fiquei com a metade direita do meu corpo completamente dormente e eu passei coisa de 2 semanas em crise. A diferença é que eu tenho enxaqueca, já fui diagnosticada com isso, ainda mais depois dessa crise que eu achava que estava tendo um AVC e não uma crise de enxaqueca né, aí eu fiz ressonância, fiz um monte de coisa e é enxaqueca mesmo, mas o ponto é que eu tenho menos dores de cabeça e mais os outros sintomas da enxaqueca, então eu fico muito aérea, despersonalizada, fico com muita fofobia, fico muito dispersa, mas a dor mesmo eu tive por poucos dias. Aí depois dessa crise que eu tive em maio do ano passado isso passou a ser recorrente pelo menos 1 vez por mês até dezembro do ano passado. Aí esse ano eu fiquei até esse mês sem nenhuma crise e aí tive crise de novo desse mesmo jeito. Então eu sinto um pouco de dor na nuca, uma pressão mesmo, como se tivesse pressionando a minha cervical e o resto dos sintomas são todos da aura, então eu fico umas duas semanas super aérea, e tive menos fofobia dessa vez, mas o que eu venho associando é que eu sou uma pessoa muito controladora, então quando as coisas não estão muito organizadas na minha vida ou quando eu tenho mudanças muito abruptas essas crises vem, e também relacionada ao meu período menstrual, então sempre vem 1 semana e 3 dias o meu ciclo menstrual e aparece quando as coisas não estão tão organizadas, então por exemplo eu passei quase 1 ano sem crise e aí o que aconteceu nesse mês? Eu mudei de casa, comecei o mestrado, e esse negócio de eu não estar com a vida organizada, não estar fazendo as coisas direito, e sou muito ansiosa também, eu tenho um caso de ansiedade altíssimo, muito alto mesmo, já estou a 10 anos na terapia, já tomei remédio e daí melhora com esse remédio e depois volta, mas está muito associado ao ciclo menstrual com uma questão mais biologia e fisiológica, e também as questões de emoção e de precisar ter a vida organizada e ou estar com outras questões de

ansiedade ai essa crise vem. Quando eu era muito pequena lá pelos meus 10 ou 12 anos quando eu tinha essas crises eu não consigo associar muita coisa, mas muito provavelmente tem a ver com essa ansiedade que eu sempre tive. Eu nunca durmo no escuro, com 28 anos não consigo dormir no escuro, então esse negócio do controle sempre foi algo muito forte na minha vida, tem momentos maiores e menores de controle, ai tem a pandemia também que para aguentar a gente liga o modo controle full e vai, mas acho que é isso, está muito associado às emoções e a ansiedade, principalmente o controle e também o ciclo menstrual.

## **2- Quais são os fatores que você acha que estão relacionados a sua dor?**

Sou muito controladora e ansiosa, então se as coisas não estão exatamente da maneira que eu estava prevendo que estivesse ou quando eu não consigo prever a maneira e não consigo deixar as coisas organizadas, ela vem de alguma forma, sempre está ligado a isso. Principalmente a ansiedade.

## **3- Como as pessoas recebem a sua dor de cabeça? Elas fazem algum comentário? Você percebe alguma coisa que elas falam?**

Por exemplo, no trabalho isso foi uma coisa que pegou durante um tempo. Quando eu tive essa crise maior, eu sou designer e eu trabalho com projetos de interesse público, eu trabalho mais na parte estratégica e hoje estou em um projeto de saúde, e eu estava numa época do projeto muito acelerada então eu estava fazendo muitas coisas ao mesmo tempo, trabalhando sempre até mais tarde, e esse negócio do perfeccionismo também, do controle de querer tudo perfeito e essa coisa de querer mostrar serviço e tudo mais, então quando eu tive essa crise, eu tive inclusive no trabalho, estava trabalhando, ai eu comecei a sentir a aura, e das últimas vezes que eu tive, depois dessas crises grandes, eu não tive mais as luzinhas, mas nesse episódio eu tive, ai eu falei “puta vai me dar crise de enxaqueca”, deitei um pouco lá e a hora que passou a aura eu falei “bom, vou pegar meu carro e vou embora”, eu nunca ia embora do trabalho e aquele dia infelizmente eu fui, no caminho do trabalho até o estacionamento começou a adormecer meu corpo, então isso durante um tempo do trabalho foi um pouco impeditivo assim, eu estava para ser promovida e aí meus líderes eram absolutamente contra isso mas me disseram que o RH achava que não podia me promover naquele momento porque eles achavam que não podiam fazer algo bom de algo ruim, então a crise de enxaqueca talvez eu estivesse mostrando que estava fazendo mais do que eu deveria e que talvez com a promoção eu ficasse mais pressionado a fazer mais coisas, então eles achavam que não era algo legal, o que

me deixou obviamente bem puta, mas isso durou uns 6 meses e depois fui promovida, principalmente os meus líderes conseguiram contornar isso mas pegou um pouco e eu acho que assim, minha mãe é socióloga e psicóloga então ela começa as análises de tipo “ai, você é muito ansiosa, muito controladora”, coisas que eu já sei, afinal eu estou em análise a 10 anos então o que ela me falou não é nenhuma novidade para mim, eu tento trabalhar mas nem sempre é possível, então pega um pouco. Acho que para o meu namorado, meu companheiro, a gente mora junto e é muito difícil para ele porque como eu não tenho exatamente os sintomas clássicos, não é que eu fico com muita dor e eu preciso deitar e depois de 3 dias passa, querendo ou não, em 1 mês eu passo metade desse mês burra né, tipo letárgica completamente, então afeta muito meu dia a dia, minha qualidade de vida, e eu acho que para ele gera muita preocupação. E no trabalho acho que deu uma diminuída, até porque não tive mais muitas crises, e para a minha mãe que é a pessoa da análise, ela fica pensando nas coisas dela e por exemplo eu contei do último episódio que eu tive, então ela me liga todo dia para saber como eu estou e “ai sua ansiedade, como está sua ansiedade?”, é um pouco disso, não sei se respondi tudo.

**4- Tem alguma coisa que você faz que te ajuda a diminuir suas dores? Você percebe que tem alguma coisa?**

Eu preciso relaxar, que uma coisa que é difícil para uma pessoa controladora que é relaxar, então eu tenho muita dificuldade, porque como dura muito tempo, isso faz com que eu entre em um ciclo de ansiedade maior pensando em quando vai parar. Então quando eu estou na crise eu acordo todo dia de manhã bem ai vai decaindo a energia, eu começo a ficar aérea então eu acho que o que eu mais faço que são os dias que eu durmo muito, porque querendo ou não é a fuga né, para não estar sentindo o que eu estou sentindo. Mas em termos de dor, como o meu problema não é exatamente a dor se eu tomo por exemplo uma novalgina, melhora, eu não sinto mais à pressão que eu sentia, e também tem um outro remédio que eu evito tomar, e porque depois disso eu fui em um neuro e depois eu fui em um clínico que é especialista em enxaqueca e eu também fiz uma dieta restritiva de 3 meses para limpar os meus neurotransmissores que ele falou que era para desintoxicação, então eu fiquei 3 meses entre outubro e janeiro desse ano, eu até posso te passar essa receita depois se puder te ajudar de alguma forma para a pesquisa, mas era uma dieta super restritiva sem nada de glúten, sem nada de açúcar, nenhum tipo de coisas artificiais, o que me ajudou muito porque eu fiquei muito tempo sem, ai quando você volta a

comer volta, então eu acho que tem esse fator que a gente não sabe explicar direito mas tem o fator da alimentação que quando eu estou comendo melhor, estou comendo direito, melhora, por exemplo faz 1 ano que não tomo café e eu tomava muito café e tudo mais, isso me ajuda muito. Então agora eu até voltei um pouco mais, não entrei tão na restritiva porque é muito puxado e nessa pandemia eu preciso de uns açúcares, redução de danos. E aí tem o Naramig também que ajuda nessa despersonalização, ele ajuda a voltar mais rápido mas eu evito tomar porque ele é um vaso compressor e na minha família tem muitos casos de doenças cardiovasculares e eu sou fumante, sou neurótica e eu falo que não dá para ficar tomando esse Naramig porque vai que me dá um pá, meu médico fala que não tem nada a ver mas eu sou essa pessoa controladora então vai que eu sei lá, então se por exemplo já passou 1 semana e eu não voltei em nada eu tomo, se eu vejo que tem uma melhora eu falo “não, não vou tomar”.

**5- Você imagina sua enxaqueca como uma imagem, cena ou história? Você consegue imaginar sua enxaqueca como uma cena, uma história, imagem? Mesmo usando a imaginação você consegue ver?**

Como eu tenho muito medo de escuro, ainda mais quando eu fico muito aérea, são momentos muito escuros, muito sem cor, sem vida, são momentos muito opacos e que é difícil eu me conectar com a realidade, parece que eu estou vivendo em um universo meio paralelo, eu estou na mesma vibração, mas ao mesmo tempo parece que eu sei que está tudo na mesma vibração menos eu, parece que eu estou distante. Mas eu acho que é isso, tudo muito escuro, muito opaco, tipo o dia de hoje, muito nublado, parece que eu fico muitos dias assim.

**6- E você consegue relacionar essa cena escura, opaca e nublada que você descreveu em relação a sua dor, com alguma experiência real que você viveu por você ou por alguma pessoa próxima? Você consegue pensar em alguma coisa que associa com essa experiência de estar desconectada?**

Eu tenho muito medo do escuro, eu tenho 28 anos e eu não consigo, o breu é um negócio que ainda mais quando eu era pequena, quando acabava a energia em casa era um negócio muito desesperador, um negócio que me deixava muito apreensiva, eu passava muito mal, eu tinha crises de ansiedade fortíssimas, então eu acho que é mais isso, talvez a minha infância, a esses momentos da infância talvez, acho que de abandono também, não sei, acho que passa por aí um pouco porque acho que está muito ligado a esse meu modo operante de precisar estar sempre produzindo e se

fazendo importante, porque acho que liga com coisas da minha infância e a minha vida que passa por essa necessidade de se fazer importante, com os pais, essa questão de abandono e tudo mais, então acho que passa por ai.

**7- Você acha que essa cena, imagem ou história tem algum significado especial? Você acha que ela te ajuda a entender melhor sua dor quando você pensa nela?**

Eu acho que sim porque ainda que eu não consiga controlar essas crises de enxaqueca eu sei de onde elas vem, as causas são conhecidas ainda que eu não tenha conseguido dominá-la e acho que nunca vou, ainda vão ter momentos mais e menos, acho que tem a ver mais com o meu ciclo menstrual, coisas mais biológicas, por eu já ter estrogênio mais alto que baixo e tudo mais, mas eu sei a causa e a causa vem desse meu perfil ansioso e controlador, minha mãe é muito assim e foram coisas que eu fui herdando, então acho que tem a ver.

**8- Se você pudesse mudar uma coisa na sua cena o que você mudaria? Em um dia nublado, desconectado, como você gostaria que ela fosse?**

Ai eu colocaria um sol, eu detesto dias nublados, ainda que eu seja branca igual a branca de neve eu adoro sol, para mim é vida. E mesmo quando eu estou com a crise de enxaqueca e estou com fotofobia eu preciso ficar com óculos de sol, mas eu gosto de estar no sol sentada, isso dá uma energizada, então essas cores vivas são importantes para mim, sair da escuridão, dessa coisa opaca, pastel.

**9- E pensando na cena, como ela está, para onde você acha que ela vai se desenvolver? Que caminho você acha que ela vai tomar, você acha que ela vai ter algum final?**

Não é uma coisa em movimento, na minha cabeça ela é muito estática, então eu não sei, eu espero que eu consiga lidar melhor na medida do tempo com ela, mas eu acho que ela não vai mudar ela sempre vai fazer meio que dessa forma.

**10- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar ou acrescentar sobre dessa cena? Alguma coisa de interesse que você conseguiu ver?**

Não, eu acho que é mais isso mesmo, essa coisa escura, opaca, acinzentada.

**11- Você se considera uma pessoa ansiosa? A ansiedade afeta a sua dor de cabeça? Como você lida com a sua ansiedade? Suas dores de cabeça te deixam ansiosa também?**

Sim, eu sou uma pessoa muito ansiosa, em momentos já fui mais, já fui menos, já tomei durante muito tempo Venlafaxina, tomei em 2 momentos da minha vida, tomei uma vez em 2013 e eu também tomei uns anos depois. Então eu sou muito ansiosa,

e acho que tem um pouco desse meu perfil controlador de precisar estar sempre ocupada, por exemplo agora eu estou em um momento da minha vida que está tudo bem, eu estou trabalhando, estou fazendo mestrado, estou pensando que preciso de um emprego melhor, porque preciso comprar uma casa, já estou com quase 30 anos, e também coisas mais do dia a dia mesmo, por exemplo, o mestrado me toma muito tempo e é um tempo que eu não estou conseguindo dar porque eu trabalho, passeio com o cachorro no sábado, ai por exemplo tenho 3 ou 4 provas no sábado e eu ainda não consegui parar para estudar, ai eu entro em ciclo vicioso porque eu não consigo fazer nada direito, a partir do momento que eu tenho esses picos de ansiedade eu não rendo no trabalho, porque no trabalho eu fico pensando nas coisas que eu deveria ter feito do mestrado e não fiz, ai na hora que eu tento ver o mestrado eu fico pensando “puta, mas que vacilo hoje que eu só procrastinei no trabalho, que sacanagem, eu não podia ter feito isso”, eu me culpo muito pela não excelência do dia, então eu vivo muito nesse pico da ansiedade, claro que ela sempre vem em um determinado período do mês, mas a enxaqueca é muito resultado desse meu ciclo vicioso, dessa minha falta de organização e dessa muita cobrança que eu tenho comigo mesma, de ser muito rígida, de ter que estar sendo tudo perfeito, sendo tudo maravilhoso, então eu sou muito ansiosa e está completamente tudo conectado, ai quando eu entro na crise eu sei que ela não vai passar depois de 3 dias, mas ao mesmo tempo eu fico na esperança que esse mês vai ser diferente, ai todo dia é uma frustração diferente, porque a minha despersonalização vem depois de 1 ou 2 horas depois que eu acordo, eu acordo bem, ai eu tomo café da manhã bem, ai de repente baixa, eu estou completamente desconectada, e é isso que mais me gera ansiedade, não é a ftofobia, não é a dor quando eu tenho dor, a despersonalização é o pior de todos, é um negócio que eu fico desesperada, as vezes eu fico até pressionando meu olho para ver se volta, coisa de gente louca, porque não vai voltar ao normal se ficar pressionando o olho, mas ai eu fico ansiosa até terminar, ai agora por exemplo eu estou entrando próximo ao meu ciclo menstrual, ai eu já estou ansiosa e fico pensando “ai será que esse mês eu vou ter? mês passado eu não tive”, ai eu fico ansiosa. Então é assim, ansiedade 100%, o tempo todo.

**12- A tristeza é uma emoção que te acompanha muito? Você acredita que ela possa afetar suas dores de cabeça? Como você lida com a sua tristeza? Suas dores de cabeça te deixam triste?**

Triste acho que não é a palavra, acho que é mais puta e ansiosa, claro, sempre tem um pouco de melancolia de ficar despersonalizada por tanto tempo, mas não fico triste, eu sei que vai acabar, sei que não vou ficar o resto da vida assim, é só essa necessidade que acabe logo. Claro, eu fico chateada, mas não fico triste.

**13- A raiva é uma emoção muito presente na sua vida? Você acha que ela influencia sua dor de cabeça? As pessoas acham que você é muito nervosa ou irritada? Como você lida com a raiva?**

Então, a minha personalidade é muito brava, muito rígida, mas não raivosa, eu sou mais irritada, por ser muito rígida com coisas, eu prezo pelo bom, então por exemplo, no trabalho as pessoas sabem que eu sou muito exigente então uns erros bestas eu não aturo, eu acho que sou mais brava e exigente do que raivosa, mas eu sinto um pouco de raiva das coisas e das pessoas quando elas não saem da forma como eu queria. Eu não externalizo tanto, acho que sou uma pessoa mais discreta, então a primeira impressão que as pessoas têm é que eu sou uma pessoa muito calma, muito de boa, porque eu transpareço muito isso, eu guardo muito as coisas para mim, não fico externalizando as minhas putisses, não fico dando bronca nas pessoas, eu me resguardo. Uma vez eu lembro de uma briga que eu tive com uma amiga, que era minha amiga e depois a gente deixou de ser amigas quando a gente foi morar juntas, que a principal coisa que eu passo para os outros é a indiferença, quando eu estou muito puta eu me torno muito indiferente, eu não brigo, eu não falo nada, eu só finjo que a pessoa não existe e isso é muito ruim, mas acho que o principal ponto é que eu guardo tudo para mim, não externalizo a minha raiva, e acho que isso pode de alguma forma interferir também. Acho que é mais esses picos de stress do que exatamente de raiva, porque acho que a raiva bate e passa, não fico remoendo muito.

**14- Você sente muito medo? Você acha que o medo influencia a sua dor de cabeça?**

Nossa, eu sou muito medrosa, medrosa e da teoria da conspiração. Às vezes eu deito para dormir e fico pensando “meu deus, talvez um asteroide possa cair hoje e acabar com tudo”, “um avião pode bater no meu prédio ou o prédio desmoronar”, na minha cabeça funciona desse jeito. Eu lembro uma vez na casa de um ex-namorado que ela morava em um prédio, em um lugar muito alto e ele morava em um dos últimos andares, e caiu uma chuva que eu tinha certeza absoluta que o prédio ia cair, e daí eu já não estava mais nem ansiosa, eu já tinha aceitado o fato de que o prédio ia cair e eu ia morrer, então esse negócio da morte, essa eminência da morte, quando você

não consegue prever essas coisas súbitas, me pegam muito, tem dias que eu paro eu penso “nossa, eu vou morrer um dia, tudo que eu tenho vai acabar”, e é um negócio desesperador que não sei lidar, claro, isso gera ansiedade mas eu sou muito medrosa, tenho medo de escuro, lembro quando criança, brincadeiras de crianças como pular na piscina dando mortal, eu ficava “meu deus alguém pode se machucar fazendo isso”, então eu sempre fui muito cautelosa, eu nunca fui a pessoa arriscada, odeio avião, toda vez que eu entro no avião eu choro, faz acho que 5 anos que não entro em um, eu não vou visitar meu pai que mora em Aracajú, porque eu não vou entrar em avião, aí eu fico chamando a aeromoça só para eu olhar a feição dela para ver se ela está tranquila, porque é justamente assim, o avião é um negócio que se deu pau, deu pau, não tem muito o que fazer. E estrada também, depois de um acidente que eu sofri a uns 5 anos atrás que estava eu, meu ex-namorado e o irmão dele, a gente capotou o carro e o irmão dele estava dirigindo, e o irmão dele morreu no acidente, então estrada eu confio mais eu dirigindo do que os outros, eu fico controlando a velocidade do visor, é péssimo. Não desencadeia a enxaqueca, mas eu fico mais tensa, talvez o resultado venha depois, fico com dor de cabeça, mas não com enxaqueca, fico mais tensa.

**15- Você se considera uma pessoa alegre? Ou que sente muita alegria? Você acha que a alegria pode afetar sua dor de cabeça? As suas dores de cabeça afetam sua capacidade de sentir prazer?**

A minha enxaqueca afeta muito minha alegria, minha qualidade de vida, essa coisa de se sentir leve e também a confiança na vida que afeta muito isso, porque eu nunca sei, aí eu fico pensando “posso fazer isso? Não posso fazer isso? será que isso vai desencadear minha dor de cabeça? Será que isso não?”, então interfere muito e interfere quando eu estou na crise, eu fico completamente passada, ainda que eu me divirta não é a mesma coisa, fico desconectada. Mas eu me considero uma pessoa feliz, eu acho que não sou a pessoa mais alegre ou extrovertida do mundo, mas eu me contento com as felicidades cotidianas, não preciso de nenhum grande evento para me sentir feliz nem nada do tipo, mas afeta muito.

**16- Nojo é uma emoção muito presente na sua vida? Suas dores de cabeça são afetadas pela emoção do nojo? Tem algo na sua dor de cabeça que desperta nojo?**

Não, nada, isso tá tranquilo, não tenho muitas questões.

**17- Existe outra emoção ou emoções que afetam suas dores de cabeça? Você consegue pensar em outras?**

Não, acho que é principalmente a ansiedade, acho que ansiedade é o ponto.

**18- Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre suas dores de cabeça? Tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar?**

Não, acho que não, acho que é isso.

#### **ENTREVISTA 4**

**1- Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Tem algum fato, situação que você consegue relacionar com o começo das duas dores de cabeça?**

Que eu me lembro de ser constante, lembro que por causa do bruxismo no ensino médico eu tinha um pouco, fim do ensino médio e começo da faculdade foi quando começou bem pesado o bruxismo que daí travava meu maxilar direto, eu tinha bastante, aí deu uma acalmada, não tenho memória de “nossa, tenho dor de cabeça sempre”, a não ser agora, acho que faz uns 2 ou 3 anos. Eu estava terminando pela primeira vez um relacionamento que foi e voltou algumas vezes, esse meu namorado tinha muita dor de cabeça sempre e não sei se é uma contratransferência, mas foi mais ou menos nesse período, a gente ficava indo e voltando, eu ficava muito ansiosa, normalmente em momentos mais de ansiedade minha cabeça doía mais, então eram momentos que eu estava ansiosa, que a gente terminou e voltou, aí depois a gente terminou e depois voltou, aí terminamos e voltamos, e aí fui viciada em Dorflex para dor de cabeça nesse tempo, não ando sem Dorflex na bolsa e Dipirona.

**2- Quais são os fatores que você acha que estão relacionados a sua dor de cabeça? Você consegue relacionar alguma coisa?**

Stress e ansiedade, então acho que a ansiedade por causa do bruxismo e estresse as vezes eu nem estou ansiosa sobre alguma coisa, mas se eu estou em um período de muita atividade no trabalho, quando tem evento no sábado e preciso organizar muita coisa para essa semana, aí preciso fechar algo, aí ataca um pouco. E na TPM normalmente eu sinto muita, não sei se é porque eu estou mais estressada, ou se é por causa da perda de sangue e tal, quando eu vou na acupuntura, eles tentam colocar em lugares que melhoram o fluxo interno de sangue, no fígado e tal, mas normalmente nesses períodos. Eu acho que não é uma enxaqueca, porque eu não passo mal, tem

gente que fala que enxaqueca cega, mas comigo não. É só uma dor mesmo, eu acordo com dor de cabeça, eu tomo remédio e ela está ali o dia inteiro, constante, ela é aguda, mas não de desmaiar, me fazer vomitar ou ficar cega, mas ela só está ali, constante, o dia inteiro. É só um dia muito ruim que fica constante e nos outros ela aparece, eu tomo um remédio e passa, aí não volta mais.

### **3- Você percebe alguma coisa que desencadeia?**

Meu chefe desencadeia. Teve um dia que eu estava saindo muito estressada do trabalho, fiquei muito puta com alguma coisa que aconteceu e eu tinha acupuntura logo depois do trabalho, tive que sair mais cedo, e eu com raiva, chorei na acupuntura com uma agulha na ponta da cabeça chorando de raiva, então ultimamente meu motivo de estresse é sempre meu chefe, ele que desencadeia minhas dores de cabeça. Eu não me sinto ouvida, ele é uma pessoa que não acredita muito na minha profissão como psicóloga, eu lembro que nesse dia em específico ele falou coisas ridículas, eu sou cristã, trabalho em um ambiente cristão e meu chefe é cristão, e ele soltou uma coisa depois de vários comentários ofensivos a um psicólogo qualquer, principalmente psicólogo cristão, o último comentário dele foi “não entendo como alguém que diz que ama Deus consegue se encontrar em um lugar de tanta desesperança que precisa de outra ajuda que não de deus”, eu falei “nossa, é muito perigoso isso que você está falando, uma que assim, em um estado de desesperança a pessoa fica totalmente bagunçada por dentro, se alguém está nesse estado e você fala uma coisa dessas a culpa dela aumenta, o sentimento dela aumenta e ela se sente um bosta e ninguém sabe o que pode acontecer”, e ele “ai é minha opinião”, ai eu falei “sua opinião está errada”, ai eu fiquei a tarde inteira não conseguindo ouvir nada do que ela estava falando, ai eu me coloco no lugar dele de não estar sendo ouvido também né. E acho que foi nesse período principalmente, hoje um pouco menos porque a gente tem tido menos contato por conta da pandemia e ter que discutir essas coisas tão profundas e tal, normalmente é só trabalho normal mesmo. Mas a gente sentou para conversar sobre isso, mas eu tenho muito claro que são coisas que me deixam completamente desesperançosa com o lugar que eu estou, estando com a equipe que eu estou hoje, de não ser ouvida, seja por ser psicóloga, seja por ser mulher, seja por não ser da periferia como todos eles são, e então é naquela região e a galera é de lá, então às vezes eu dou uma opinião, falo alguma coisa e “ai, não, você não entende como é”, então não quero nem que concordem comigo, só quero que me ouçam, então acho que esse movimento de não se me sentir

ouvida ou não vista, ou não representada de alguma forma na tomada de decisões do trabalho, sendo que essa responsabilidade me é dada por eles, mas não é efetivada, me deixa bastante estressada.

**4- Como as pessoas recebem a sua dor de cabeça? Elas fazem algum comentário ou falam alguma coisa?**

Não, normalmente eu falo “nossa, que dor de cabeça”, aí “toma um Dorflex, já tomou alguma coisa? Já tomou algum remédio?”, tinha uma menina no mirante que toda vez que estava na TPM ela tinha muita dor de cabeça, então quando ela dizia “estou com dor de cabeça” a gente já sabia, então não vou oferecer remédio, só vou acolher a dor da minha amiga porque eu passo pela mesma coisa, mas ela é a única pessoa, o resto é “ai já tomou alguma coisa? Tem alguma coisa aí?”, não é algo ruim, é o que eu faço com os outros também, menos com essa minha amiga, mas é uma coisa que se eu continuo, se é uma dor que está constante, “nossa, mas ainda? Você não tomou nada?”, as vezes realmente não tomei, não gosto de ficar tomando muito remédio, mas as vezes eu tomei e não passou, “tomei 5 dipirona e não passou, acredita?”, mas as pessoas estão sempre surpresas por mais que seja uma coisa que eu sinta muitas vezes, mas enfim.

**5- Tem alguma coisa que você faz que ajuda a diminuir suas dores?**

Tem, dipirona em gotas, as vezes alguma coisa medicinal que não é com frequência que eu uso, as únicas vezes que eu uso é quando eu estou com dor de cabeça, então beleza, tanto que esta ai, comprei 6 gramas a um ano já, mas é a única coisa, Dorflex não passou, Dipirona não passou, é para relaxar né, é um depressor do sistema nervosa, então às vezes isso, acupuntura me ajuda bastante e acho que são as coisas as coisas que eu tento para agir em prol de melhorar.

**6- Você consegue relacionar alguma imagem, cena ou história a sua dor de cabeça? Você consegue imaginar sua dor de cabeça como uma cena ou uma história ou imagem?**

Antes eu tinha falado que era uma guerra, um bombardeio dentro da minha cabeça e é tipo isso, parece que tem um monte de bombinhas, fogos de artifício, é tipo isso. Porque parece que faz barulho também, não é uma alucinação, porque onde eu trabalho faz muito barulho, tem muita criança, então parece que é mais, no dia a dia eu não me importo com o barulho das crianças, quando eu estou com de cabeça parece que é um barulho a mais na minha cabeça, é esse bombardeio, tanto de

informação, como se todas as informações pesassem muito e ficassem batendo uma na hora, informações visuais, auditivas e tudo mais, meio que uma guerra.

**7- E você consegue relacionar essa cena, imagem ou história que você descreveu em relação a sua dor, alguma experiência ou situação real que você vive? Por exemplo, alguma pessoa próxima ou uma situação que você vive no dia a dia, você consegue relacionar?**

Minha rua no horário de pico com o shopping trem passando no meio, é tipo isso, passando pela Sé assim, a Sé no horário de pico dentro do vagão, fora beleza, você consegue fugir para outro lugar, mas se você está dentro do vagão, entrando um monte de gente é uma guerra, convenhamos, e o shopping trem passando no meio. Nessa intensidade eu peguei uma vez, não recentemente, mas para ida e volta do trabalho, no caminho que eu fiz eu peguei um que passava pela Sé ou a gente estava no centro e eu acabei pegando para voltar, mas era voltando do trabalho sim, que é algo que eu faço todo dia, fazia né, antes da pandemia, um pouco depois disso só peguei ônibus para voltar.

**8- Você acha que essa cena, imagem ou história tem algum significado especial? Ela te ajuda a entender melhor sua dor quando você pensa nela?**

Agora que eu estou pensando em voz alta, um pouco sim, pensar que realmente são muitas informações ao mesmo tempo né, as vezes eu estou dizendo alguma coisa no trabalho e é todo esse sentimento que eu tenho em relação as pessoas que estão ali, não é tipo o projeto que eu estou tocando, é o projeto que eu estou tocando e os outros tem que ver, porque eu quero ser vista, eu quero ser ouvida, eu quero ser respeitada e eu sou o shopping trem tentando passar no meio do metrô, tentando ser notada, acho que é uma guerra com esses olhares, ou não olhares, as vezes que eu não fui ouvida em relação ao trabalho em específico, mas é muito raro eu não sentir dor de cabeça, só sábado à tarde que eu estou tranquila e no domingo o dia inteiro, mas acho que não é a dor o problema necessariamente, é tudo que é adicionado a ela, se eu estou em casa de boa, principalmente na pandemia se eu estou com dor de cabeça, eu estou em casa, estou confortável, estou com dor mas estou confortável, não tem nada que agrave isso e chegue um ponto que meu deus, coloca uma agulha na ponta da minha cabeça porque tem dias que está todo zoadado, é uma coisa que respiro, tomo remédio e ok, mas acho que é um pouco disso, da minha batalha mesmo com essas pequenas situações do dia a dia, um pouquinho o machismo do meu chefe de achar que eu não sei do que eu estou falando, do preconceito com o meu trabalho,

é um pouquinho de cada coisa que soma a minha dor e deixa ela pior, por isso que é constante, porque eu estou lá o dia inteiro lidando com isso né, não sei, talvez, uma análise rápida.

**9- Se você pudesse mudar algo na sua imagem cena ou história, o que você mudaria? Acrescentar ou mudar alguma coisa, tirar alguma coisa.**

Eu ia transformar o metrô em um Uber, Uber Black, é só eu e a minha dor saindo tranquila para onde a gente tem que ir. Acho que colocar uma trincheira ou alguma coisa que me deixa em cima da batalha ou que me deixe escondida e protegida, para que eu não precise ficar lá no meio.

**10- Pensando na cena, imagem ou história para onde você acha que ela vai se desenvolver? Qual caminho você acha que ela vai tomar no final? Quando você pensa nessa guerra, no trem, como você acha que vai ser o final?**

O trem é um pouco mais otimista, uma hora eu chego aqui na Paraíso, desço e está tudo bem, tá tranquilo, tá fluindo melhor e tal, a guerra é um pouco mais catastrófica dependendo do lado que você está, como eu sou uma pessoa que sente dor, eu não fico muito feliz, mas as vezes o jogo vira, o negócio é ter esperança, o melhor é ficar do lado que ganha.

**11- Tem mais alguma coisa que você gostaria de mudar os acrescentar sobre essas histórias ou imagens? Tem alguma coisa que você gostaria de falar?**

Não, porque é muitos sonhos sobre guerras, normalmente eram guerras zumbis, meio que flutuo, enfim uma coisa meio circular na minha vida e tinha uma época que eu falava para o meu psicólogo que eu me sentia como um zumbi e nessa época sempre que eu ficava meio deprê, eu sonhava muito com invasões zumbis, guerra zumbi, então era sempre eu lutando contra zumbi, eu trancada na casa e os zumbis tentando entrar, com a minha família e o tio que eu não gostava na casa, mas não sei, falando de guerra eu lembrei desse sonho, porque são imagens bem claras que eu tenho dele, eu fugindo de zumbis, lutando contra zumbi, meio que como eu lutando contra minha depressão e esse zumbi me pegava na vida real. Às vezes no sonho eu até fugia mas na vida real normalmente o zumbi me pegava. Se eu sonhava com zumbi eu ficava ligeira, talvez não tenha nada vê só lembrei da imagem de guerra.

**12- Você se considera uma pessoa ansiosa? A ansiedade afeta sua dor de cabeça?**

Sim, 100%, seja pelo bruxismo, seja pelo stress que ela causa. Sim.

**13- E como você geralmente lida com a sua ansiedade? O que você faz para lidar com a ansiedade?**

Eu como, eu mando e-mail para o meu psicólogo, se não for semana de terapia, porque eu faço quinzenal né, eu mando e-mail, eu tento entrar ao máximo na realidade que eu consigo, porque minha ansiedade tem muito controle sobre detalhes de coisas, não pensar em coisas que vão acontecer, então eu pareço ser uma pessoa muito organizada e preparada mas na verdade não, a verdade é que eu sou assim porque eu sou ansiosa e eu sei que não tenho controle sobre nada, então eu tenho meu dia preparado, por exemplo segunda tem trabalho presencial, eu já sei que roupa eu vou usar, se estiver frio, se estiver calor ou se estiver ameno, eu não sei ainda mas vou saber domingo à noite, um pouco antes de dormir eu vou pensar, “a o tempo está assim, que roupa eu vou usar amanhã?” para eu poder acordar e não me atrasar, não passar calor durante o dia, eu sei que vai ser um dia corrido, a gente vai receber muitas pessoas então como eu vou me organizar para isso, quais máscaras eu vou levar, o que eu vou fazer se minha máscara sujar o tempo inteiro, quantas vezes eu vou trocar, que sapato eu vou para ficar confortável o suficiente, para não doer minha lombar no outro dia e não passar calor com um tênis gigante, então eu me super preparo para as coisas e é assim que lido um pouco com a minha ansiedade, para eu não ficar tão ansiosa eu já me preparo, então quando eu começo a ficar ansiosa eu lembro “eu vou fazer isso”, “você se preparou para essa possibilidade, essa possibilidade e essa possibilidade, então se fugir disso você vai ter que improvisar”, mas assim, já cobriu várias possibilidades e é isso, é um pouquinho de como eu lido com ela, não é algo que pesa, eu sei que falando assim parece algo exaustivo, mas eu só aprendi que é melhor eu funcionar assim do que ignorar até o último minuto e acontecer algo que eu fico empurrando para baixo, porque eu acordo com gastrite no dia que me deixa ansiosa então é mais assim.

**14- E as suas dores de cabeça te deixam ansiosa?**

Não.

**15- Tristeza é uma emoção que te acompanha muito?**

Tristeza? Não, eu acho que não sentir nada me acompanha mais do que me sentir triste, não no sentido de um vazio existencial, é só um anestesiamiento existencial, o que me incomoda também, mas tristeza não, não me acho uma pessoa triste.

**16- Quando você sente a tristeza você acredita que ela possa afetar suas dores de cabeça?**

Eu acho que sim, eu estou passando ainda por um processo de luto pois meu avô faleceu ano passado, em julho e acho que é uma coisa que tem me deixado triste às vezes ainda, mas não lembro de sentir mais, não foi uma coisa que marcou pelo menos, eu estar com dor de cabeça nesse período, ou por alguma situação que me deixou triste recentemente.

**17- A raiva é uma presença muito forte na sua vida?**

Eu pego até um pontinho de raiva na acupuntura que é o fígado também, mas eu tenho sentido muita raiva ultimamente e quando eu fico com raiva eu choro, eu tenho que diferenciar meu choro de tristeza e meu choro de raiva, mas sim, eu sinto muita raiva, acho que piora muito na minha TPM igual minha dor de cabeça, então acho que são duas coisas que estão muito misturadas. Eu lembro de um dia muito claro que estava de TPM que eu estava pegando um pote de plástico e caiu alguma coisa, eu já peguei tudo, joguei tudo no chão, sai e não peguei mais Tupperware nenhum, e tinha um amigo meu morando ali na época e ele “tá tudo bem? Tá tudo certo”, já fiquei brava, cheguei na acupunturar e falei “bruno briguei com a Tupperware essa semana”, aí ele já pega os pontinhos da orelha, e tal, isso já me deixa muito estressada porque a raiva vem do meu stress, do meu chefe e da minha irmã, essas coisas.

**18- E você acha que essa raiva influência nas suas dores de cabeça? Quando você tá com raiva você tem muita dor de cabeça?**

Não, acho que não, me deixa estressada, aí eu tenho dor de cabeça, mas a raiva não.

**19- As pessoas te acham muito nervosa ou irritada? Elas te vêem como uma pessoa irritada?**

Depende das pessoas, minha irmã acho que sim, o menino que mora comigo acho que sim, por viver 24 horas por dia na pandemia, as vezes eu sou bem irritada ou nervosa, mas em um geral acho que as pessoas não acham, quando eu falo essas coisas elas ficam surpresas, “nossa, você? Brigando com Tupperware? então acho que as pessoas não acreditam.

**20- Como você geralmente lida com a sua raiva? O que você faz com a raiva geralmente?**

Geralmente eu reprimo ou fico brava quando as pessoas estão certas, ou com opiniões delas que eu não concordo, com coisas do trabalho. Teve uma vez que eu chamei meu professor de bobão ou de idiota e meu pai me deu uma bronca, e eu nem estava na frente do professor, e eu achei que não estava sendo desrespeitosa e meu pai é professor, meu avô foi professor a vida inteira, meu pai é pastor, aí quando uma

figura de autoridade faz alguma coisa que eu acho que está errada ou quando a figura de autoridade está certo e o problema é que eu estou errada, ai eu fico com raiva. Eu não tenho problema de admitir que eu estou errada, as vezes meu chefe realmente está certo, se ele provou isso me desrespeitando como mulher ou psicóloga, me diminuindo de alguma forma, eu fico brava e eu reprimo porque ele é meu chefe, mas isso vai me deixando quieta com as pessoas, então quando eu estou brava com alguém, eu não vou falar com você se não eu vou explodir, então a minha irmã, ela não é figura de autoridade mas é minha irmã mais velha, e eu aprendi que eu tenho que respeitar por ser minha irmã então eu lembro que quando a gente morava junto a gente briga muito e eu explodia demais, eu falava coisas horríveis para ela e daí eu falei “não está certo eu tratar ela dessa forma”, só que daí eu precisava engolir um pouco minha raiva, até eu me acalmar, ai se eu não melhorava eu só ia engolindo a raiva, então eu tenho a tendência de reprimir muito a minha raiva, eu choro quando eu estou com raiva, porque eu não consigo soltar ela então ela solta de outras formas, mas eu reprimo minha raiva, resumindo, reprimo muito.

**21- Você reprime sua raiva?**

Sim, demais, 200%.

**22- Você é capaz de controlar sua raiva?**

acho que depende, normalmente eu explodo mesmo, as vezes não no momento que eu estou brava, as vezes não com a pessoa que estou brava, mas em uma conversa, mas normalmente eu não deixo explodir na cara de alguém.

**23- As suas dores de cabeça te deixam com raiva?**

Sim, não sei se é raiva a palavra, mas incomoda muito, o que eu faço? Já tomei remédio, já usei drogas, fiz de tudo, o que está acontecendo? Nada acontece, me deixa mais suscetível a sentir raiva, então não sei qual a ordem dos fatores, mas sim.

**24- Você sente muito medo?**

Acho que pela ansiedade sim, se eu sei que tenho que chegar muito na hora, eu tenho medo de chegar atrasada, mas medo de terror, pavor, não, eu sinto mais um receio em relação ao que eu estou planejando não dar certo ou que vai dar certo e não vai ser o que eu esperava, esse tipo de medo.

**25- E você acha que ele influencia sua dor de cabeça de alguma forma?**

Acho que influência mais minha ansiedade do que minha dor de cabeça, estão ligados, mas se eu conseguir controlar minha ansiedade eu controlo minha dor de cabeça, meio que uma coisa vai afetar a outra em outra ordem.

**26- E como você geralmente lida com seus medos?**

Eu acho que é um pouco da ansiedade, de entrar em contato com a realidade, de ver exatamente por que eu estou sentindo esse medo, o que eu já fiz ou posso fazer para que eu esteja preparada.

**27- Você se considera uma pessoa alegre ou que sente muita alegria?**

Já me considerei, hoje em dia acho que as pessoas me consideram mais do que eu me considero, por estar meio anestesiada na maior parte do tempo, e é uma coisa que eu trato muito na terapia, porque eu não sinto nem os altos e nem os baixos e isso me incomoda porque eu já senti, então eu sei que dá para sentir, eu sei que eles existem e eu não consigo chegar neles, algumas semanas atrás eu estava bem sensível a alegrias e tristezas, mas foi uma semana excepcional assim, porque tinha muita coisa acontecendo também, tinham amigos que estavam muito bem então eu estava muito feliz por eles e tinha amigo que estava muito mal, perdendo o pai, uma bebezinha de uma amiga minha que estava na UTI, então eu orava por eles e orava chorando, triste total, e também amigos que estavam muito felizes, eu celebrava, muito feliz por eles, mas eu até comentei isso com o psicólogo, comentei conversando, fazia tempo que eu não sentia a dor do outro, mesmo na psicologia, não sei se foi a psicologia que me anestesiou, não sei se foi a depressão que me anestesiou, mas lembro de ter ficado feliz de estar sentindo como os outros, porque era um sinal de que eu poderia começar a sentir para mim também, mas eu sou animada, sou uma pessoa que está sempre sorrindo e tal, mas nem sempre é assim que eu estou me sentindo por dentro, não que eu esteja triste ou sem sentido, só sorrio por fora mas não estou sorrindo por dentro.

**28- Você acha que a alegria afeta sua dor de cabeça de alguma forma?**

Não, quando eu estou feliz só estou feliz mesmo, eu não ficaria feliz se eu estivesse com dor de cabeça.

**29- As suas dores de cabeça afetam a sua capacidade de sentir prazer?**

Sim, a não ser que seja uma barra de chocolate na minha boca eu não sinto prazer em mais nada enquanto eu estou com dor de cabeça.

**30- O nojo é uma emoção muito presente na sua vida?**

Não.

**31- Sua dor de cabeça é afetada pela emoção do nojo?**

Não

**32- Tem algo na sua dor de cabeça que te desperta nojo?**

Não

**33- Existe outra emoção ou emoções que despertam sua dor de cabeça? Consegue pensar em alguma coisa?**

Não, acho que não.

**34- Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre as suas dores de cabeça? Gostaria de acrescentar?**

Acho que falta de sono afeta muito a minha dor de cabeça, quando eu durmo mal ou pouco, as vezes eu durmo mal por causa da dor de cabeça que me deixa estressada e no dia seguinte me dá mais dor de cabeça, mas acho que o sono é uma coisa que eu preso muito e dificilmente nos últimos anos eu tenho tido sonos tranquilos, então acho que também casa um pouco com isso, já acordei no meio da madrugada com dor de cabeça e tal mas enfim, acho que o sono, envolve a ansiedade, mas ela já está sempre ali, acho que é isso.

## **ENTREVISTA 5**

**1- Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Tem algum fato ou situação que você relaciona com o começo das suas dores de cabeça? Alguma coisa estava acontecendo na sua vida?**

Não, emocionalmente eu não tenho nenhuma lembrança, eu classifico assim: minha mãe tinha dor de cabeça com enxaqueca, então acontece da gente herdar essas coisas, eu acho isso. Eu tinha uns 14 anos, na minha idade de mocinha mesmo. Então, além de ser hereditário, como já falei, eu classifico também que não é nada pessoal, eu faço as vezes de tomar muito sol, muito calor. Outra coisa também é quando eu viajava, aquele cheiro do ônibus, essas coisas assim, me prejudicavam um pouco.

**2- Você lembra quais são os fatores atuais ou de antigamente que você acha que estão relacionados a sua dor de cabeça? Você consegue perceber quais são as coisas que desencadeiam sua dor de cabeça?**

Sim, uma alimentação forte por exemplo, alguma coisa muito engordurada, e eu falei do sol, e falta de dormir também.

**3- Como as pessoas recebem sua dor de cabeça? Quando você tem dor de cabeça elas fazem algum comentário ou falam alguma coisa?**

Geralmente, tanto no meu trabalho quanto em casa, é oferecido remédio, mas eu me recuso, “ai, toma um remedinho que passa”, ai eu falo “não, não é o que eu preciso”,

como eu falei, se é falta de sono eu preciso descansar, dormir, ai eu sempre respondo “a não, se não passar até a noite quando eu dormir eu acordo bem”, e geralmente é o que acontece. Aquelas coisinhas que as pessoas geralmente têm na carteira, mas eu nem tenho por que não adianta mesmo. Minha mãe que eu saiba tem uma dor, uma irmã também e um filho que tem também, então fica aquela coisa, todo mundo já sabe, é de família, aliás hoje até existe tratamento, uma amiga minha sempre falava em tratamento.

**4- Tem alguma coisa que você faz que te ajuda a diminuir suas dores de cabeça?**

Então, como eu falei, dormir mesmo, de preferência um quarto bem escuro e descansar. Digamos que eu acordei com dor de cabeça, está na hora na hora do almoço e estou com dor de cabeça, eu procuro almoçar, deitar, deixar tudo escurinho e dormir mesmo, para mim não tem igual, vou deitar e 1 ou 2 horas depois eu acordo sem dor de cabeça, as vezes até com a sensação de que ela doeu mas sem a dor, uma sensação diferente, um dia que eu acordei sem nada.

**5- Você lembra que teve um momento da pesquisa que eu perguntei se você associa alguma imagem quando você pensa na sua dor de cabeça? Vem alguma imagem, cena ou história? Você consegue se recordar o que é sentir dor de cabeça?**

Não tenho lembrança não.

**6- Você se considera uma pessoa ansiosa? Você sente muita ansiedade?**

Muito, tenho me policiado um pouco, porque com a idade a gente aprende a se policiar também, mas sempre fui, hoje me policiando mais. Não existe alguma coisa muito certa, porque como eu falei, depois que a gente chega em uma idade tem muita coisa que a gente deixa de dar valor, mas tem umas que nunca sai, por exemplo algum problema com os meus filhos me deixa ansiosa, hoje é menos mas quando eles eram pequenos eu chegava a sonhar que eles iam ficar doentes e eles ficavam, hoje já não, já me libertei um pouco, já são adultos e tal.

**7- Você percebe que a sua ansiedade acaba afetando a sua dor de cabeça? Já percebeu alguma vez?**

Sim. Como te falei, hoje tenho me policiado mais, mas quando eu era mais, acabava piorando. Ela causava a dor.

**8- Como você geralmente lida com a sua ansiedade? O que você faz geralmente?**

Hoje em dia eu procuro me desviar, procuro mudar de pensamento, fico meio que conversando comigo.

**9- As suas dores de cabeça te deixavam ansiosa? Você ficava ansiosa quando tinha dor de cabeça?**

Sim.

**10- A tristeza é uma emoção que te acompanha muito? Você acha que ela é muito presente na sua vida?**

Assim, tudo é uma questão, eu me acho bem mais tranquila agora, mas eu tenho depressão e faço tratamento, então eu já tive crises de depressão que automaticamente eu me sentia muito triste, ao ponto de não querer fazer nada. Se eu estivesse andando de ônibus por exemplo, voltando do trabalho, ou a pessoa me irritava por estar falando perto de mim, as pessoas conversando entre elas e aquilo me irritava, eu contava até 10, ou a pessoa vinha puxar assunto comigo, me irritava também porque eu me cobrava muito na depressão, “nossa, você nem tem problema assim e está aí deprimida, toda nervosa”, então quando as pessoas vinham falar comigo porque estavam trabalhando demais, mas me irritava, eu nem estava na pele dela e estava me incomodando.

**11- E você se sentia triste?**

Sim, ficava, porque eu achava que eu tinha que estar diferente daquelas pessoas, mas agora a depressão, se eu for pensar bem, eu penso que eu sempre tive, analisando desde quando eu era criança eu acho que eu sempre tive, mas eu comecei a fazer tratamento creio que tem uns 10 anos e aí em um dado momento eu tomava remédio tarja preta e me incomodava muito tomar aquilo e eu parei, aí eu caí no fundo do passo, aí fui procurar um tratamento homeopático e acabou dando certo, então esse tratamento homeopático já tem uns 3 anos que eu faço e está dando muito certo. E assim, como eu falei que eu falo comigo mesma, quando eu vejo que eu vou cair em uma tristeza, a pandemia por exemplo, as vezes me dá uma vontade, “aí que vontade de sair”, aí quando bate a tristeza eu já paro, não é por aí sabe!?, procuro ter um pensamento melhor e já mudo o foco, digamos assim.

**12- A tristeza te afeta? Quando você fica triste você sente que a sua dor de cabeça piora?**

Sim.

**13- Quando você sente dor de cabeça, você sente que ela altera seu humor? Você sente mais triste quando tem dor de cabeça?**

Sim.

**14- A raiva é uma emoção muito presente na sua vida? Você sente muita raiva?**

Não, mesma história da tristeza, se eu percebo que eu estou, eu procuro, não sei, eu já fui mais, hoje eu entendo que é um amadurecimento, por exemplo, uma situação bem boba, eu entro na minha cozinha e ela está totalmente bagunçada, sendo que eu deixei em ordem, então eu ia corrigir o que está errado meio que reclamando né, aí eu fui corrigindo e agora não existe mais reclamação, comecei a achar feio isso e como outras coisas que eu falei, me policiar mesmo, porque mudar o temperamento da gente é uma coisa difícil, agora se policiar é possível, tem queda? Tem, claro, quando você escorrega você fala “opa, deixa eu me corrigir”, então se policiar mesmo.

**15- As pessoas te veem como uma pessoa nervosa ou irritada? Elas têm essa impressão?**

Não, as pessoas que estão ao meu lado sabem que eu sou do tipo bateu, levou. Vem uma respostinha torta eu respondo, e no meu trabalho as pessoas falavam “como que pode, parece que você está até esperando a pessoa falar”, também não aceito injustiça, brigo, brigo e brigo por injustiça e entro em qualquer briga, mesmo que a injustiça não seja contra mim, mas em outro setor que eu vejo que tem injustiça e tem que brigar, eu brigo e falo, não vejo muita hierarquia, então eu posso falar com as pessoas que estão no mesmo nível que o meu, que são mais, eu posso chegar na direção e falar, claro que educadamente, vou procurar as palavras certas, mas vou falar da mesma forma como eu falaria com os que estão no meu nível, não consigo ver essa diferente e não aceito, é uma coisa minha, sempre foi assim. Com relação as pessoas que convivem comigo, apesar de saber que eu brigo, e falo o que penso, elas me acham tranquila, quando eu falo que eu tenho depressão, as vezes faço questão de falar porque as pessoas tem e tem vergonha, não procuram tratamento, então eu sou desprezada e eu faço tratamento, costumo deixar isso bem claro, se eu estiver em uma reunião eu falo, se eu tiver com alguém que eu tenho que falar eu falo, porque acho que aquilo que a gente acha que tem, tem que passar, porque as vezes a pessoa tem até vergonha de procurar ajuda e tratamento, sendo que tem o tratamento, então tem que viver bem, pessoas diabéticas podem viver bem, então como qualquer outra coisa. As pessoas falam “nossa, não parece que você é assim”, as pessoas não me acham, talvez eu transmita uma coisa que na verdade não é.

**16- Você acredita que você reprime sua raiva quando ela vem? Ou você põe para fora?**

Depende da situação, tem hora que você é obrigado a reprimir, está acontecendo um problema, hoje, amanhã e depois, aí eu vou reprimindo até o momento certo de eu falar, aí já falo mesmo.

**17- Você percebe que a dor de cabeça te da raiva? Você sente raiva quando sente dor de cabeça? Ela te deixa mais nervosa?**

Qualquer dor da raiva né.

**18- E o contrário também, você acha que quando você está nervosa você acaba tendo mais chance de ter dor de cabeça?**

Sim.

**19- Você sente muito medo?**

Não.

**20- Você acha que o medo influencia sua dor de cabeça?**

Não.

**21- Você se considera uma pessoa alegre ou que sente muita alegria?**

Sim.

**22- Você acha que ela afeta sua dor de cabeça? Quando você está muito alegre você sente que essa emoção afeta?**

Não.

**23- O nojo é uma emoção muito presente na sua vida? Você sente muito nojo?**

Sim, mas acho que é natural, não vejo nada fora do ponto, pode ser que seja natural ou não seja, mas tenho bastante sim.

**24- Você acha que o nojo afeta sua dor de cabeça de alguma forma?**

Se for muito sim.

**25- Tem algo na sua dor de cabeça que te desperta nojo? Tem alguma coisa nos seus ataques ou nas suas crises que te despertam nojo? Você sente a emoção do nojo?**

Não.

**26- Você acha que tem alguma outra emoção ou emoções que podem afetar sua dor de cabeça? Você consegue pensar em alguma?**

Talvez, uma coisa que eu percebo é o luto.

**27- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre a sua enxaqueca?**

Alguma coisa que você acha importante, pode ser qualquer coisa.

Então, uma coisa que eu costumo fazer para que ela não venha, é tomar café preto de manhã, então por exemplo, se eu for fazer um exame de sangue que tem que ser

um jejum, eu até sofro uns dias antes, vou levantar e não vou poder tomar café, já não tem a mesma graça, eu tenho aquele hábito, levanto tomo remédio aí vou tomar café, então essa falta não me incomoda pouco, me incomoda muito, se for outro alimento não dá, tem que ser o café. Não sou aquela pessoa que toma café o dia todo, mas de manhã tem que ser. É bem claro para mim.

## **ENTREVISTA 6**

### **1- Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou?**

Lembro, eu tinha 18 anos.

### **2- E você se lembra que situação você estava vivendo nesse momento na sua vida?**

Acho que eu tinha alguma dúvida em relação ao que eu ia fazer, na época eu fazia magistério e eu sempre quis fazer direito mas eu ficava “será que eu devo fazer pedagogia?”, acho que basicamente era o único problema que eu tinha, mas eu fiquei muito mal, fiquei de cama, tinha que ficar no escuro, eu tinha muita náusea, não conseguia sair de casa nem para ir ao médico, o médico teve que ir na minha casa, eu fiquei mais de uma semana assim, fiquei muito ruim. Acho que era a única coisa que eu lembro, era esse o problema que eu tinha, na parte sentimental eu estava bem, tinha namorada, a gente se gostava, não lembro de ter outro problema. A minha irmã tinha um noivo e o noivo dela morreu, talvez tenha alguma coisa, não lembro exatamente se foi depois ou antes disso, não lembro muito bem, só lembro que eu tinha 18 anos.

### **3- Hoje em dia, quais fatores você acha que estão relacionados com a sua dor de cabeça?**

Eu acho que hoje em dia, mais tensão, mas durante muito tempo eu tive enxaqueca e na época era relacionado a TPM, mas na verdade, hoje lembrando do período, eu acho que como eu vivia em um relacionamento abusivo, isso me gerava muita tensão, e essa tensão causava enxaqueca, mas eu acredito que sou uma pessoa que tem uma tendência. Eu já tive lá traz esse problema, mas durante o meu casamento ela se apresentava, tanto é que eu fui procurar neurologista e tudo, tomei medicação, passei a tomar cuidados, tem coisas que eu percebi que são gatilhos para a enxaqueca, cheiro forte de coisas, ficar sem dormir, me alimentar mal, comer coisas gordurosas, frituras, então eu comecei a ter cuidado com isso, eu evito ao máximo

comer coisas fritas, hoje eu tenho problema de insônia mas eu tento dormir, acho que agora até já me acostumei a dormir pouco por causa da insônia, mas antigamente se eu não dormisse pelo menos 7 horas, era batata, eu tinha enxaqueca, então é isso.

#### **4- Quais são os fatores que você acha que desencadeiam?**

Mais do que tudo isso, como eu já evito essas coisas todas, eu acho que é tensão, tenho dor de cabeça. Acho que ansiosa eu sou o tempo todo, já percebi isso, é uma coisa que eu tenho que tratar, isso até me causou uma Condropôndite, pois eu estava com uma dor no peito e teve um dia, não lembro quando foi, mas eu sinceramente achei que ia morrer, tinha certeza que eu ia morrer, parecia que eu ia ter um ataque do coração, tanto é que mesmo com medo de ir no hospital, por conta do Covid, eu fui ao pronto socorro, a médica não me explicou direito, ela me receitou um anti-inflamatório, e no dia eu fiz um eletro e ela falou assim “não é problema no coração, mas é melhor você ir em um cardiologista”, ai eu peguei e fui em um clínico geral, ali no São Camilo e tal, e ele falou assim “você é ansiosa?” Ai eu falei “eu sou, tenho depressão e tal” ai ele “esse tipo de dor, onde você está dizendo que está sentindo é uma condrocôndia”, ele explicou que essa dor meio que dá entre o esterno e os tecidos, mais ou menos perto do coração, mas se você tivesse com dor no coração não seria ai a sua dor, ai ele me prescreveu vários exames e me encaminhou para o cardiologista, ai eu fiz tudo, e a cardiologista falou “você não tem problema no coração, a questão elétrica tá ok, a outra questão tá ok, tudo certo”, eu fiz tudo, não tenho pressão alta nem nada, então a ansiedade é tão alta que o cardiologista falou para eu fazer terapia urgente, que esse é um nível de ansiedade e de estresse tão grande que causou essa dor no meu peito, então é isso, é um problema, é uma coisa que preciso começar a controlar, começar a meditar e tal, tentar procurar alguns tratamento, preciso fazer terapia também, então é isso. Aquele dia eu pensei que eu fosse morrer, te juro, até falei para o meu cunhado, fiquei com pena coitado, ele também é bem problemático, mas eu falei para ele “estou me sentindo muito mal, vou no pronto socorro, se acontecer alguma coisa comigo você cuida do João, ele é muito novo e precisa de ajuda para tomar algumas decisões”, ai pelo amor de deus né, depois eu liguei para ele e falei “pode ficar tranquilo, não deu nada no exame, não vou morrer hoje”, os parentes mais próximos que ele tem somos nós, então ele deve ter falado “é agora, é agora que eu estou ferrado”, então é isso, eu tenho esse problema, eu tenho problema na coluna, quando você fica tenso normalmente você levanta os ombros, ai já começa doer a cervical, ai dói a cabeça, ferrou, é um conjunto de coisas, está tudo

ligado, outra coisa que eu sinto, quando eu estou muito preocupada eu sinto muita dor na mandíbula, eu devo ter tipo um bruxismo nervoso, com a mordida que eu nem sinto, uma tensão. Tanto é que eu já tive que procurar um ATP, ela me dava um choque com a máquina no rosto para poder relaxar e tal, já tive que procurar ajuda desse profissional.

**5- Como as pessoas recebem sua dor de cabeça? No seu entorno, você fala sobre as suas dores de cabeça?**

As pessoas fazem seus relatos, “eu também tenho”, “meu parente tem”. Quando eu era jovem, que eu morava com os meus pais, eles entendiam que eu tinha problema, me deixavam no escuro e tal. Basicamente isso, quando você fala, a pessoa “ai eu tomo tal remédio”, tinha uma amiga que falava assim “toma Sumax, Sumax para mim é maravilhoso”, mas para mim não serve, antigamente eu tomava, esqueci o nome, faz tanto tempo que eu não tomo esse remédio, agora eu tomo Advil, faz tempo que eu não tomo, agora não lembro mais, mas eu tomava na época e eu melhorava só com aquele remédio, ia no pronto socorro e eles me davam Lisador, não funcionava. O neurologista fez uns exames e tal e daí é isso.

**6- Tem alguma coisa que você faz que você acha que ajuda a diminuir sua dor de cabeça?**

Acho que uma coisa boa para isso é fazer exercício, acho muito legal, principalmente se você faz caminhada ao livre, uns exercícios aeróbicos. Qualquer exercício é ótimo, ajuda muito, tomar bastante água também ajuda, tem um tipo de dor na parte de cima da cabeça acho, que é de beber pouca água, então acho que você se hidratar bem, fazer exercício, ter uma alimentação boa, não que você nunca vá comer besteirinhas, mas procurar na maior parte do tempo comer coisas boas, acho que ajuda muito. Sal é ruim para dor de cabeça, quando você come muito sal, você retém líquido e isso é muito ruim para enxaqueca, evitar comer muito sal. Eu evito.

**7- Você consegue associar sua dor de cabeça com alguma cena, imagem ou história?**

Antigamente eu tinha um sonho recorrente que era horrível, não era sonho, era pesadelo né, eu caía como se fosse em um canal, e eu ficava pendurada, aí quando eu não conseguia mais segurar e eu ia cair na água, eu acordava, para mim a enxaqueca é isso, era horrível, eu detestava, e eu tinha esses sonhos direto. Eu ficava me segurando, era um sofrimento para não cair naquela água e aí parecia uma água

suja, aí eu caía, não conseguia me segurar e caía, eu relaciono a minha enxaqueca com isso.

**8- E você acha que essa imagem que você traz tem alguma relação com alguma situação real da sua vida ou alguma coisa que aconteceu com alguma pessoa próxima? Você consegue relacionar a algum episódio da sua vida?**

Não que esse sonho estivesse ligado, mas hoje olhando o sonho, eu relaciono sim, o meu pai, ele foi nadando, estava meio doente, estava com problema no coração, e ele não podia fazer muito esforço, então o fato de ele ter nadado muito, ele deve ter ficado sem forças e morreu afogado, hoje eu relaciono com isso, com esse episódio. Hoje eu posso relacionar com isso.

**9- E você acha que ela tem algum significado especial em relação a sua dor de cabeça? Essa cena, você acha que ela te ajuda a entender alguma coisa?**

Não sei, nunca tinha pensado sobre isso. Eu acho que a dor, a sensação que você tem quando você está com enxaqueca é quase desesperadora, quando você está com todos os sintomas, está com a fotofobia, com a náusea, com aquela dor em salvas, parece que tem uma coisa pulsando na sua cabeça, eu acho que a sensação é igual a sensação de você estar caindo, que não vai dar, você vai cair na água, para mim, eu associo assim, faço essa relação com aquela cena.

**10- Se você pudesse mudar alguma coisa na cena, o que mudaria?**

Que tive uma mão me segurando e me tirasse daquela situação, uma mão do nada me puxasse, é isso.

**11- Se você fosse pensar só na imagem, para onde você acha que ela vai se desenvolver? Você observando-a como está, o que você acha que iria acontecer?**

Sempre eu caía mas depois acordava, então não sei o que iria acontecer depois, mas imagino que eu me afogo, gostaria de achar uma maneira de me segurar, um objeto que eu pudesse me segurar, eu acho que é ruim, não sei, eu sempre acordava, não sei como funciona na nossa cabeça essa questão do pesadelo, porque parece que você está em um sono profundo mas alguma coisa dentro de você faz você sair daquele sofrimento, isso já aconteceu comigo várias vezes e é isso, eu acho que eu me afogo.

**12- E nessa questão, tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar sobre essa cena ou imagem?**

Engraçado, porque eu sou de Santos, e aqui tem muitos canais, mas não tem nenhum canal igual a esse que aparece no meu sonho, esse canal é gigante, ai depois eu vim morar aqui em São Paulo, aqui tem o rio Tietê, e eu sempre ficava pensando “nossa, meu deus, que medo que eu tenho de cair de cair no rio Tietê”, ficava pensando, sofrer um acidente e o carro entrasse no rio. É engraçado porque todas as vezes que eu tive que passar em uma ponte a pé, eu olho o rio, aquela parte que tem o DETRAN, na ponte das bandeiras, e ali é o rio Tietê, eu olho e falo “nossa, que medo de cair nesse rio, como será que é cair nesse rio?”, porque quando alguém cai em rio, tem que passar por um processo de desinfecção, tem que tomar remédio, tem que passar vários produtos no corpo e tal, e eu sempre pensei que eu tenho medo disso, de cair nesse rio, ai as vezes eu fico pensando e lembrando do sonho, de Santos, aquele canal gigante, a água bem revolta, bem mexida e suja, água escura, no sonho é suja.

**13- Você se considera uma pessoa ansiosa? A ansiedade afeta sua dor de cabeça?**

Sim, eu sou ansiosa sim e afeta, dependendo do que acontece, se eu não consigo resolver um problema e eu tenho uma pressão, tenho prazo, tenho que resolver aquilo, eu fico com dor de cabeça.

**14- E como você lida com a sua ansiedade?**

Eu fico comendo meus dedos, eu como essa parte lateral do meu dedo ou fico puxando, quando eu era mais nova eu roía unha, hoje eu não roo mais a unha, mas eu tenho esse costume, na quarentena eu fiquei cheia de ferida do tanto que eu comia meus dedos, é uma coisa que eu fiz sempre, antes eu roía, hoje eu como essas laterais.

**15- E você acha que as suas dores de cabeça te deixam muito ansiosa?**

Acho que não, quando você está com dor de cabeça você fica tão passada que nada mais importa, você só quer se livrar daquilo. Era muito intenso, hoje eu tenho dor de cabeça, mas é menos, nunca mais fiquei desse jeito, tão mal, eu fico um pouco, sinto um pouco de pantofobia, tanto é que eu vou te falar, eu vivo no escuro, eu não gosto muito de luzes, eu tenho problema com barulho, não gosto de muito barulho, o João gosta, as vezes quer escutar música alta, me dá uma confusão mental, eu não gosto. Então eu fico muito no escuro, já percebi que gosto muito escuro e acho que tem a ver com essa fase da minha vida.

**16- E a tristeza é uma emoção que te acompanha muito?**

Sim.

**17- E você acha que ela pode afetar suas dores de cabeça?**

Uma coisa que me dá dor de cabeça é chorar, se eu choro muito ativa minha dor de cabeça, por exemplo, se eu vejo um filme, eu sou muito chorona, muito emotiva, e tem uns filmes que eu choro tanto, quando eu vejo que meu olho tá inchado em um grau muito alto, eu já falo “Putz, amanhã vou ficar com dor de cabeça”, então chorar excessivamente me dá dor de cabeça, não o sentimento em si, se alguma coisa me faz chorar muito, um sentimento ou alguma coisa que faz chorar, uma situação, um acontecimento ou um filme, eu fico com dor de cabeça, chorar me dá dor.

**18- E quando você tem dor de cabeça, você sente que fica mais triste? Fica mais pra baixo?**

Sim, fico sim, é muita dor.

**19- E a raiva é uma emoção muito presente na sua vida?**

Então, o que eu reparei, aliás eu me liguei nisso a pouco tempo, eu estava vendo umas pessoas falando sobre ansiedade, e a pessoa ansiosa se irrita fácil, então às vezes eu acho que eu me irrita por besteira, por coisa sem necessidade, então coisas bobas, por exemplo o J (filho) me fez alguma coisa e eu acho que ele não deveria fazer, eu sinto sim, não sei se raiva, mas um sentimento ruim, eu não gosto.

**20- E você acha que ela tem influência na sua enxaqueca?**

Sim, porque quando você está com raiva você fica tenso, e desencadeia uma série de problemas, fica com tensão.

**21- E as pessoas normalmente te acham muito nervosa ou irritada?**

Acho que sim, acho que tem gente que até tem medo de mim, eu sou uma pessoa contundente, eu defendo as minhas ideias, mas eu acho que em alguns momentos eu já meio que perdi a paciência por nada, hoje olhando, eu sou uma pessoa que aguenta muito, eu vou aguentando e as pessoas não percebem o que fazem para você, elas só veem que você está brava, que você explode, mas ela não viu o quanto ela já falou para você, fez coisas que te chatearam e você não fez nada, aí quando você estoura, “ai porque você está tão brava? Porque está tão nervosa?” então às pessoas misturam um pouco, o fato de eu defender, começar a falar e começa a falar de um jeito que parece que a pessoa está brigando, mas não está brigando, só está falando seu ponto de vista, mas acho que isso poderia ser falado, eu falo “João, fala mais baixo, fala normal”, e eu tenho pena dele, porque é muito ruim ser assim, eu queria ser aquela pessoa zen, que falava naquele tom tranquilo. Às vezes eu acho que até a minha cara fica muda quando eu estou falando alguma coisa que eu acho que quem está falando,

as vezes um puta absurdo, super injusta e tal, e aquilo me afeta, então às pessoas misturam muito, mas eu acho que eu sou realmente meio irritada sem necessidade, por coisas bobas, eu não gosto disso, gostaria de ser diferente.

**22- E geralmente como você lida com a sua raiva? O que você faz com ela?**

Geralmente eu penso “puta, que besteira”, agora que eu sei mais, que isso é gerado pela ansiedade, eu tento me controlar, as vezes eu vejo uma coisa e falo “não, não vou ligar para isso, vou ficar quieta”, é isso que eu penso, eu tento racionalizar esse sentimento, “para que eu vou ficar nervosa com isso?, coisa ridícula”, uma coisa que não precisa, eu tento racionalizar.

**23- E você acha que consegue controlar a raiva?**

Consigo, eu acho que eu sou uma pessoa controlada, eu sempre fui. Embora as vezes eu exploda, precisa muito para me fazer explodir, eu vou aguentando, eu nunca gostei de ficar mostrando por exemplo, que eu estou com ciúmes, então eu fico na minha, nunca fui aquela pessoa de dar show, de fazer escândalo, é a mesma coisa com a raiva, se eu fosse dar razão a minha raiva, eu estava presa, porque vontade não me falta, de dar um tiro na cara de alguém, de uma pessoa filha da puta, de um racista, de um homofóbico, de uma pessoa escrota, por isso que eu sou uma pessoa que é contra arma, porque no momento de raiva para você lutar contra a opressão você se torna um opressor do opressor também, então tem que tomar muito cuidado com isso. Eu acho que eu sou super controlada, o J. critica, mas eu falo que se eu fosse falar tudo que eu penso, eu seria um monstro, porque eu sou muito crítica, tanto comigo quanto com os outros, outro dia eu fiz uma observação sobre uma amiga minha e ela fala comigo até hoje, e chora e fica triste, ai eu pedi desculpas porque não deveria ter falado nada, as vezes é melhor a gente ficar na nossa.

**24- E as suas dores de cabeça te deixam com raiva?**

Não.

**25- Você sente muito medo?**

Sinto, eu não era assim, eu fiquei assim depois que o Gláucio morreu, eu virei outra pessoa, tenho muito medo, eu tento controlar isso, mas na verdade isso é você querer ter o controle de tudo, o Gláucio era muito assim, muito controlar, queria ter controle de tudo, e eu acho isso uma merda, tento não ser assim, porque eu acho que a gente não tem o controle de nada, mas é difícil a gente racionalizar isso. Eu tenho muito medo, agora já relaxei um pouco porque tem mais gente na casa e tudo, mas eu tinha medo em relação a segurança da casa, tinha muito medo de acontecer alguma coisa

com os meus gatos, porque eles vão na rua, as vezes eu tenho medo de arrumar encrenca com vizinho ou com alguém, porque tenho medo que eles façam algum mal para os meus animais, eu tenho medo que me aconteça alguma coisa e o J. P. fique desamparado, tenho medo de uma série de coisas, que aconteça alguma coisa com alguém que eu gosto. Durante a pandemia eu tive que fazer um trabalho mental que eu ficava até cansada porque eu tive que controlar os pensamentos, “ai meu Deus do céu e se acontece alguma coisa”, minha sobrinha estava grávida e a filha dela nasceu bem no meio da pandemia, e a minha sobrinha é profissional da saúde, ela trabalha no hospital, ai eu ficava pensando “ai meu deus, e quando ela voltar a trabalhar, como que vai ser?”, as minhas irmãs são do grupo de risco, “será que aconteceu alguma coisa com elas?”, medo geral, tenho medo, tento controlar porque o medo é algo ruim, ele te paralisa, mas depois que o Gláucio morreu eu fiquei meio que com uma fobia social, então quando eu penso em sair de casa, eu penso em mil coisas, eu falo “ai cara, será que eu vou mesmo nesse lugar?”, eu sempre quero ir para um lugar que a hora que eu quiser eu possa ir embora, não gosto de ficar atolada a nada, porque quando eu estou em um lugar e não posso mais sair, me dá um desespero, me dá uma síndrome do pânico, quando eu penso em algum lugar, eu penso “a, esse lugar é legal, vai dar pra eu sair”, eu tenho um monte de medos, muitos medos.

#### **26- E você acha que eles acabam influenciando sua dor de cabeça?**

Nunca observei, vou começar a observar. Pode ser, porque o medo gera tensão, mas nunca prestei atenção. Não sei te falar.

#### **27- Você tem algum medo em relação a sua dor de cabeça?**

Eu tinha antes de eu ir no médico, eu achava que eu estava com tumor ou alguma coisa, as vezes, depende de como está a dor de cabeça, eu sinto umas dores em um lugar específico, ai fico pensando “será que eu estou com tumor? será que eu tenho um aneurisma?”, dependendo de onde a dor vem, porque as vezes ela dá uma pontada na cabeça, eu tenho sim.

#### **28- Como você lida com o medo?**

Eu tento também racionalizar. Às vezes eu fico pensando, quando a Anne está aqui, eu tenho mais medo de entrar um ladrão em casa quando a Anne está aqui, porque eu penso que ela é uma menina jovem, bonita, ai se ele entrar aqui para roubar, ele vai ter outras ideias, talvez diferente do que se ele encontrar eu, o J., o C., a N., então eu tenho medo. As vezes o João dorme com a janela aberta, esquece, e eu tento racionalizar, as vezes fico pensando, se entrasse um ladrão o que eu iria fazer? Fico

tentando achar uma saída para aquilo, e tento não pensar também, procuro não ficar pensando nessas coisas, porque é horrível, você começa a pensar nisso, aí da insônia, a insônia da dor de cabeça e tal, tento não pensar.

**29- Você se considera uma pessoa alegre? Que sente muita alegria.**

Eu acho que eu era alegre, mas eu mudei, não sou mais assim. Eu sempre estava sorrindo, hoje não sou mais assim, eu sou alegre, eu me contento com coisas simples, não sou uma pessoa que precisa de muitas coisas para ser feliz, a companhia dos meus bichinhos me deixa muito feliz, eu gosto de morar aqui, as vezes fico de saco cheio porque uma das coisas que me angustia muito é que tem reformar a casa, e eu preciso decidir isso com pedreiro e tudo, mas eu sou feliz, dentro de uma perspectiva eu sou feliz, mas alegre como eu era antes não sou mais.

**30- A alegria influencia sua dor de cabeça?**

Acho que não, não me lembro em um momento de alegria ter tido dor de cabeça.

**31- E a sua dor de cabeça afeta muito a sua capacidade de sentir prazer?**

Sim, quando você está com dor de cabeça você não quer nada com nada, quer ficar na sua, fica incapacitado, é uma dor incapacitante, eu acho.

**32- Você acha que o nojo é uma emoção muito presente na sua vida?**

Não.

**33- E você acha que a sua dor de cabeça tem alguma relação com nojo?**

Não, eu tenho um monte de bicho, eu convivo com eles, eu lido com coisas nojentas direto, eu nunca fui de sentir nojo, bem jovem eu cuidava do meu sobrinho, e na época não tinha fralda descartável, era fralda de pano, eu tinha que pegar e limpar ele, dar uma pré lavada nas fraldas para dar para a minha mãe lavar, tinha 15 anos. Desde sempre, eu sou muito resistente com esse negócio de coisas nojentas, óbvio que eu prefiro não ver, tem algumas coisas que me dão mais nojo, tipo vômito, eu detesto vomitar e não gosto de ver, acho bem nojento, mas tipo cocô, xixi, essas coisas eu não ligo tanto.

**34- E tem alguma coisa na sua enxaqueca que te desperta nojo?**

Não, só quando eu ficava, no começo, com aquelas crises que eu vomitava, vomitar é ruim né, é horrível, não gosto. Não associo não.

**35- Existe alguma emoção ou emoções que afetam sua dor de cabeça?**

**Consegue pensar em outra?**

Não.

**36- Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre a sua dor de cabeça? Algo importante ou informação extra?**

Agora não sei, não lembro de nada importante. Eu lembro que a minha primeira crise de herpes, porque eu tenho herpes, hoje não tenho mais, nunca mais tive, mas na época que eu tive enxaqueca eu também comecei a ter herpes, e antigamente eu tinha muita, de 3 em 3 meses aparecia, eu lembro até de uma vez que eu desmaiei, porque eu lembro que eu fui tomar banho e ele estava grudado na minha boca, saia líquido, e na época eu não sabia como cuidar, eu lembro que eu desmaiei no banheiro de dor de cabeça, foi a única vez que lembro de ter desmaiado, e eu lembro das coisas terem acontecido juntas, a herpes e a enxaqueca. Depois com o tempo eu fiz vários tratamentos, nem lembro quando foi a última vez que eu tive, mas antigamente eu tinha, eu tive atrás da coxa, tive nas costas, os primeiros que eu tive eram genitais, mas nem lembro mais, só que surgiu na mesma época.

**ENTREVISTA 7**

**1- Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Tem algum fato ou situação que você relaciona com o começo das suas dores de cabeça?**

Não, minha dor de cabeça começou, já tenho 35 anos e ela começou em torno de uns 7 ou 8 anos de idade, foi quando começaram as dores. Não tinha nada aparentemente diferente, eram coisas super comuns de toda criança, ir para escola, não sei se o fato de naquela época eu ser uma criança muito tímida, se mexia com as emoções de forma que causassem dores, porque essas dores de cabeça aconteciam principalmente depois que eu saía da escola, o percurso da saída da escola as coisas pioravam bastante.

**2- Você consegue observar alguns fatores que você acha que estão ligados ao começo das suas dores de cabeça? Pode ser no geral.**

Sim, a minha enxaqueca, minhas dores de cabeça são totalmente emocionais, aí assim, durante muitos anos eu sempre tive essa dor, mas eu achava que era apenas dor de cabeça, não sabia que existia a bendita enxaqueca, e uma vez eu fui ao médico e ele disse que deveria ser feito um tratamento, mas até então eu não fiz. E ele me explicou as possíveis causas que poderiam ser, entre elas a alimentação ou essa questão relacionada a emoção, aí eu comecei a perceber que comida não tinha problema, agora se eu levasse um susto, por menor que fosse, aquela coisa, de

repente você está no telefone e alguém passa do seu lado de forma brusca e você se assustou, isso já era suficiente para desencadear dor de cabeça. Então qualquer coisa, das mais simples, eram suficientes para me dar dor de cabeça, e muito forte, dos 7 até os 30 anos eu tive dor de cabeça todos os dias, 24 horas, então me acostumei com a dor, por isso que talvez eu não tenha procurado tratamento, porque eu me habituei com a dor, e começou a fazer parte do meu dia a dia.

**3- Como as pessoas geralmente recebem a sua dor de cabeça? As pessoas ao redor, seus amigos, o que eles falam sobre sua dor de cabeça?**

Todo mundo acha que é frescura, imagina, não existe uma dor de cabeça tão forte, tão intensa assim, imagina se uma dor de cabeça pode durar tanto tempo, então às pessoas não acreditam que essa dor de fato existe. Inclusive eu tive até uma experiência curiosa com uma das minhas irmãs, teve um período que ela começou a sentir enxaqueca só que com períodos muito curtos, aí ela falava para mim “eu entendo o que você falava da sua dor, porque eu não conseguia ver claridade”, tem os sintomas da aura né, claridade, barulho, até hoje não suporto barulho, por menor que seja me traz aquela irritação, e aquela irritação na hora já me desencadeia dor de cabeça e fica umas dores por vários dias. Então às pessoas não acreditam que exista com essa intensidade. Nunca teve essa questão de “a, vou te levar ao médico para saber o que é”, porque achavam que eram aquelas dores comuns, que todo mundo tem e vai passar, só que comigo nunca passava, ninguém acreditava que era desse jeito, então foi deixando.

**4- Tem alguma coisa que você faz que te ajuda a diminuir suas dores de cabeça?**

Então, hoje como eu sei que é uma questão emocional eu procuro ser extremamente calma, mas eu sou muito nervosa, então tudo me irrita, tudo me deixa nervosa, aí quando eu descobri que essa era a causa eu tento ficar mais calma, eu tento trabalhar isso, só que não faço nada em específico, hoje tem menos de 1 ano que eu faço tratamento, então agora eu estou com medicamento e isso tem me ajudado bastante, mas se eu não controlar minha emoção, o remédio não surte efeito. É um médico neurologista, ele me passa um calmante, que eu só fui descobrir depois, porque eu não entendia como funcionava, mas como remédio não é o caminho eu estou tentando controlar dessa maneira, mas é com o médico.

**5- Você consegue pensar na sua dor de cabeça como se fosse uma cena, imagem ou história? Você consegue relacionar ela a alguma coisa? A forma como você sente essa dor, você consegue pensar em alguma coisa?**

Quando a dor vem muito forte não dá para você pensar nada, é uma coisa muito estranha pois você tem que esvaziar o máximo possível a sua cabeça para que a dor vá embora, até porque até o ato de respirar muitas vezes faz com que doa ainda mais, então é muito difícil, quando da aquelas crises bem fortes eu não consigo conversar, não consigo trabalhar direito, é horrível, e muitas vezes quando está mais forte mesmo eu não consigo nem mexer a cabeça, dessas mais fortes eu tive 3 vezes, que foi aquela coisa de eu sentar cama e esperar para morrer porque era a sensação que dava de tão forte que era a dor. É uma coisa muito forte como se a cabeça fosse explodir, é uma dor insuportável nas crises mais fortes, você não consegue pensar, não consegue respirar, por mais que você respire devagar, com aquele cuidado, até você inalar o ar mexe, não sei te explicar o que, se mexe com nervos, veias, não sei, mas isso dói muito a cabeça, 3 vezes eu achei que eu fosse morrer, e uma das vezes eu tentei bater a cabeça na parede mas por questão do reflexo a gente não consegue fazer isso, mas de tanta dor que é, e na segunda vez eu procurei remédio, porque nesse dia eu não tinha remédio nenhum, se eu tive encontrado qualquer coisa, até remédio vencido eu teria tomado de tanta dor que era. Quando eu estou com dor de cabeça, digamos que na forma mais amena, eu deito, fecho os olhos e a sensação que dá é de você estar em um quarto escuro, coberto e fica só aquela imagem escura mesmo, não é aquela coisa de você conseguir imaginar, porque você tem que ficar ali parada, tão calma que você tem que esvaziar a mente de forma que você não consegue pensar em nada.

#### **6- Você se considera uma pessoa ansiosa?**

Bastante, ultimamente então.

#### **7- E essa ansiedade, você sente que ela afeta sua dor de cabeça?**

Às vezes afeta, hoje de maneira especial eu percebo que ao invés de lidar com a dor eu passei a lidar em relação ao alimento, eu sempre fui um palitinho e eu fiz de tudo para engordar e nunca consegui, da noite para o dia eu consegui, não sei o que aconteceu, mas o que eu percebo? Que hoje com a ansiedade, antes eu parava de comer, hoje eu tenho vontade de comer de forma que eu percebo que se eu não estiver comendo eu sinto uma pressão muito forte na cabeça, então começa a me dar bastante dor. Então para não sentir a dor de cabeça eu acho que eu acabo fazendo isso, indo na comida vamos dizer assim, porque é como se fosse uma distração, quando você está muito concentrado em uma coisa é como se você tivesse muito preocupada, é como se você estudasse para uma prova, você fica com aquilo na

cabeça e isso começa e te pesar, e a ansiedade funciona dessa mesma maneira, se eu me dou conta que eu estou comendo ela fica aliviando isso, é como se eu substituísse na verdade.

**8- E essa ansiedade é em relação a que? Poderia me dar alguns exemplos?**

É em relação a tudo, não tem uma causa em específico então por exemplo, eu tenho que entregar um texto amanhã e eu não consigo ficar acordada até muito tarde, então aquilo de repente é uma coisa simples, mas já desencadeia minha ansiedade, eu fico ansiosa por causa daquilo, ou muita preocupação, eu não sei te dizer a dizer a diferença de um para outro, ou se eu fico muito preocupada com uma coisa “será que eu vou conseguir? Será que não vou conseguir?”, isso já desencadeia minha dor de cabeça também, então tudo é motivo para eu ter dor de cabeça.

**9- E a sua dor de cabeça te deixa ansiosa, você acha tem esse outro lado? Sua dor de cabeça aumenta sua ansiedade?**

Não, quando eu tenho dor de cabeça é como se todos os fardos da semana eu tivesse que tirar porque a tensão é voltada para a dor de cabeça de forma para fazer com que ela passe, você não consegue pensar muito, é uma coisa muito estranha, é até meio difícil expressar como que é.

**10- A tristeza é uma emoção que te acompanha muito? Você se sente muito triste?**

Não, hoje não, talvez antes eu tivesse um pouco mais, mas hoje não, não é uma coisa que me acompanha mais não.

**11- E você acredita que a tristeza de alguma forma afeta suas dores de cabeça? Você sente que ela afeta de alguma forma?**

Eu acredito que ela afeta porque ela pode desencadear essa questão emocional, a tristeza acaba te estressando mais, você fica triste porque “ai não consegui isso”, as vezes por coisas muito bobas mas acaba que tudo vai influenciando na questão do sentimento e pega na questão emocional, ai lascou tudo, acaba que a dor de cabeça aparece.

**12- As suas dores de cabeça te deixam tristes de alguma forma? Você sente que elas diminuem seu prazer?**

Não, na verdade ela incapacita, digamos assim, acho que é a palavra mais adequada porque quando eu estou com dor de cabeça eu não consigo pensar muito. Eu sempre trabalhei com dor de cabeça porque até então eu não sabia o que era, então muitas vezes eu tinha que mexer com cálculo e eu não conseguia enxergar direito, mas eu

tinha que fazer, não tinha um tratamento, porque até então era só uma dor de cabeça, então hoje eu até consigo lidar melhor com isso, porque hoje eu sei que se eu estou com dor de cabeça eu tenho que deitar e ficar no escuro, isso daqui um determinado tempo vai me ajudar a fazer as coisas, então quando eu estou com dor de cabeça eu não consigo fazer outras coisas, eu paro, me isolo e tento não pensar em nada, ai é assim que eu vou agindo para que eu consiga conviver melhor com a dor.

**13- A raiva é uma emoção muito presente na sua vida? Você acha que de alguma forma ela influencia sua dor de cabeça?**

Ela influencia muito, hoje eu não sinto tanta raiva justamente porque eu fui descobrindo que essas emoções todas me fazem muito mal, mas todas as vezes que eu sinto muita raiva de alguma coisa, seja coisa, seja alguém, seja alguma atitude minha, eu sei que isso desencadeia a dor, então eu procuro evitar, eu procuro fazer de alguma maneira, seja lendo um livro, seja pensando em outra coisa, seja encontrar algum caminho para que eu não sinta mais essa raiva para que eu consiga ficar sem a dor.

**14- As pessoas veem você como uma pessoa muito nervosa ou irritada?**

Não, quem olha sempre fala que eu passo uma leveza, uma calma imensa, quando eu falo que eu sou nervosa as pessoas não acreditam na maioria das vezes, elas acham que é brincadeira minha, mas em casa por exemplo, minha mãe falou assim “nossa, eu não te conheço, porque você é uma pessoa muito nervosa e eu achava que você gritava com a gente, mas não, você só está falando”, então é aquela coisa de muitas vezes as pessoas olharem, e por você ter uma aparência de muito tranquila, as pessoas não terem ideia de que eu sou uma pessoa extremamente nervosa e irritada.

**15- Você acha que você reprime a sua raiva de alguma forma?**

Não, pelo contrário, se eu estou nervosa, como diz o ditado, eu solto os cachorros para qualquer lado, isso seja no trabalho, seja dentro de casa, seja onde for, eu não consigo guardar aquilo para mim, eu acabo soltando e tenho que partilhar com todo mundo, ai vejo o que que dá.

**16- E as suas dores de cabeça te deixam com raiva? Você fica com raiva ou não?**

Não, não sinto raiva quando eu estou com dor, eu sei que a dor veio de algum desses sentimentos, mas não me causa raiva por estar sentindo, até porque eu evito qualquer sentimento de raiva para a dor poder ir embora. Por exemplo, se eu sei que eu tenho que fazer alguma coisa daqui uma semana e eu não sei se eu vou conseguir, eu tento

me programar para que ao longo da semana eu não fique preocupada, não fique tensa, justamente para não vir essa dor de cabeça, é como se fosse um botão que eu tivesse que regular o tempo todo.

**17- Você sente muito medo? Você acha que essa emoção influencia sua dor?**

Não, nunca fui de ter medo das coisas, eu sempre procurei fazer as coisas sozinha, então acho que isso sempre fez com que eu não sentisse medo, então medo acho que não.

**18- Tem algum medo que você tem em relação a sua dor de cabeça?**

Hoje não, o medo que eu tinha era de repente ter um AVC, ou coisas que me trariam a incapacidade, porque eu sempre fui muito independente, então isso me deixaria em uma situação bastante delicada, porque eu sempre pesquisei bastante, só que eu não sei se procede ou não as pesquisas, por serem da internet, e sempre vi que enxaqueca é uma coisa e o AVC é uma causa totalmente diferente, e dificilmente, raramente coincidiria uma coisa com a outra, e também já tive casos de AVC na família e eu vejo que realmente são coisas diferentes, então não me causa mais esse medo, mas quando a dor vem muito forte, a sensação que dá é que é hoje que eu vou embora.

**19- Você sente muita alegria? Você se considera uma pessoa alegre?**

Olha, antes eu acho que era mais sorridente e mais alegre, hoje eu diria que estou mais fechada, talvez porque eu tenha deixado de fazer um pouco mais as coisas que eu gostava de fazer para dar oportunidade para outras, então são coisas que digamos que são descobertas que eu estou fazendo, são coisas que tem me ajudado bastante mas não é uma coisa que “ai, estou muito alegre, muito feliz”, e nem aquela coisa “ai estou triste, chateada”, é o meio termo mesmo.

**20- Você sente que a alegria afeta sua dor de cabeça?**

Também, se eu estiver muito alegre ou muito triste, qualquer um dos dois sentimentos afeta bastante, se eu estiver muito feliz com alguma coisa aquilo pode também desencadear uma dor de cabeça, então tudo eu tenho que ficar com o botão de dosagem, porque se eu sentir muita felicidade é 100% de certeza que eu vou sentir dor de cabeça, é uma coisa muito rara eu falar que eu fiquei com aquele sentimento de muita felicidade e não sentir dor de cabeça, não consigo me lembrar disso, é muito 8 ou 80.

**21- As suas dores de cabeça afetam sua capacidade de sentir prazer?**

Sim, porque você não consegue fazer as coisas, por exemplo eu estou trabalhando e agora a gente está no período de campanha eleitoral, vamos supor que eu preciso acompanhar um candidato, e ele vai promover uma festa, estou morrendo de dor de cabeça mas eu tenho que ir, eu vou pela questão da obrigação profissional, mas eu não consigo produzir lá a mesma coisa que eu produziria, então me incapacita bastante e se é alguma coisa que eu não queira fazer, também me dá dor de cabeça muito forte e eu não consigo ir, e da mesma maneira, se for algo que eu queira ir e me traga ansiedade para eu ir, também me dá dor de cabeça e muitas vezes eu não consigo ir, tudo é motivo para dor de cabeça.

**22- O nojo é uma emoção muito presente na sua vida? Ele afeta a dor de cabeça?**

Olha, isso não é uma coisa que eu costumo sentir com frequência, mas se eu sentir sim, porque daí acaba vindo uma série de outros sentimentos juntos, então acaba afetando, afetaria sim.

**23- Tem algo na sua dor de cabeça que você sente que desperta nojo?**

Não.

**24- Você consegue em outra emoção ou emoções que você acha que possa afetar?**

Na verdade, acho que tudo que for emoção, seja elas positivas ou negativas, de qual natureza for, qualquer uma delas já é suficiente para despertar dor de cabeça.

**25- Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre sua dor de cabeça? Alguma coisa que você acha importante para a gente saber?**

Não sei se importante, mas como te falei hoje tomo remédio e o fato de eu tomar remédio não é o bastante, ele me acalma, me ajuda bastante nesse sentido, mas se eu não estiver com o botão regulando, nem remédio faz efeito, porque desencadeia a dor da mesma maneira, ajuda, mas não resolve o problema.

## **ENTREVISTA 8**

**1- Você se lembra de quando sua dor de cabeça começou? Tem algum fato ou situação que você relaciona com o começo das suas dores de cabeça?**

Eu lembro que começou bem na minha adolescência, em termos de 15 ou 16 anos já comecei a sentir dor de cabeça. Eu lembro que foi bem no início que eu comecei a namorar com o meu atual marido e foi um começo bem turbulento, não entre mim e ele, a gente não discutia, era mais a família, eu lembro que era isso.

**2- Quais são os fatores que você acha que estão relacionados a sua dor? Você consegue identificar alguma situação ou algo que está relacionado a sua dor?**

Eu sempre senti dor de cabeça, é uma coisa muito normal na minha vida, se eu não durmo direito me dá dor de cabeça, se eu não me alimento direito me dá dor de cabeça, se eu tiver preocupação me dá dor de cabeça, e se tornou uma coisa normal. Só que de um tempo para cá, agora que eu estou conseguindo sair de uma crise de mais de 2 meses de dor de cabeça, de dor diária. Passei por neuro, fiz exame, fiz ressonância, fiz todo tipo de exame e não constatou nada, eles só falam que é uma enxaqueca. Passaram um medicamento e eu optei por não tomar esse medicamento, porque me trazem outros tipos de reações que é bem ruim, e eu prefiro ficar com as dores de cabeça do que com as reações do medicamento. Ela me passou o topiramato e o Pamelor, e o topiramato me causa muito efeito colateral. Ai o que acontece? Eu estou graças a Deus a 15 dias sem medicamento, analgésico nem para evitar. Eu estou tentando estudar, o que realmente me causa dor de cabeça, cuidar da alimentação, dormir bem, que a neuro me falou, e eu estou começando a investigar quais tipos de alimentos que me causam enxaqueca, tanto que eu tinha tirado tudo e ela pediu para que eu voltasse de novo a comer os alimentos, e que eu comesse a estudar os alimentos, porque depois que eu ingeri um alimento e senti dor de cabeça, eu vou ter que fazer outro teste até eu confirmar que é esse alimento que me causa dor de cabeça. Ai o que eu tenho certeza que me causa dor de cabeça, que eu ainda estou estudando essa parte alimentar, é o sono, o estresse, preocupação e não me alimentar da forma correta, esses 4 fatores. E outro que me causava muito era o anticoncepcional que eu também tive que tirar, porque eu tomava anticoncepcional a quase 20 anos.

**3- Quais situações de estresse que desencadeia? Você tem algum exemplo que você possa me dar?**

Preocupação, eu tenho muita crise de ansiedade, se ocorrer alguma coisa que me causa preocupação, se acontecer alguma coisa e eu tomar um susto. Eu tive 2 filhos e não tive repouso, eu me preocupei muito, e passei por 2 momentos muito difíceis, e o que mais me dá dor de cabeça é quando eu estou com crise de ansiedade, me dá muita dor de cabeça e eu não consigo dormir, ai pronto, é onde eu entro em uma crise, ai começa aquela dor de cabeça, e se você começa a tomar analgésico, analgésico e analgésico tem o efeito rebote né, começa a se viciar no analgésico, que também é

um dor fatores que causam dor de cabeça, ai realmente fica difícil sair dessa situação, e foi o que aconteceu comigo, eu passei esses 2 meses agora bem turbulentos.

**4- Como as pessoas ao seu redor recebem a sua dor de cabeça? Elas fazem algum comentário? Elas falam alguma coisa?**

Sim, o que eu mais ouço as pessoas falarem é que isso é psicológico, e a gente se chateia bastante porque só quem sabe o que está sentindo é a pessoa, e as pessoas falam “já está com dor de cabeça de novo?”, “ave Maria essa dor de cabeça não passa não?”, e isso chateia muito a gente porque muda, a rotina muda principalmente para gente que é mãe, dona de casa, tem dias que eu simplesmente não levanto da cama quando a minha dor de cabeça está muito forte, você não tem vontade de comer, de dormir, o humor muda muito, eu fico muito estressada, só quero ficar dentro do meu quarto trancada e muitas pessoas não entendem, dizem que é psicológico, que eu já coloquei na minha cabeça, e isso chateia mais a gente. Poucos conseguem entender, acho que só entende quem tem e passa por isso, só quem tem enxaqueca consegue compreender outra pessoa que tem.

**5- Tem alguma coisa que você faz que ajuda a diminuir as suas dores?**

Tem, para mim, tomar banho, coloco água ou morna ou gelada nos pés e na cabeça, e sempre meu marido faz massagem em mim porque minha dor vem muito das costas e da nuca, ela começa sempre das costas para a nuca, e ele faz massagem, então quando ele faz essa massagem, eu tomo banho e coloco água gelada nos meus pés e na nuca, eu melhora, alivia bastante a dor. E repouso, entrar no quarto, desligar a luz e tentar descansar.

**6- Você consegue imaginar sua dor de cabeça como uma imagem ou algo assim?**

Não, agora em mente eu não sei como é, só é uma coisa ruim, porque geralmente quando eu estava nessas crises já acordava, já batia o desânimo, porque você abre o olho e já tem dor de cabeça, ai já dá aquele desânimo, você desanima, dá uma coisa ruim.

**7- Você se considera uma pessoa ansiosa? A ansiedade afeta sua dor de cabeça? Como você lida com a ansiedade?**

Sim, eu me considero uma pessoa muito ansiosa, muito mesmo. Se eu assistir televisão e eu ver uma notícia ruim já entro em crise de ansiedade, já começo a pensar em coisas que a gente sabe que pode nem acontecer, coisas que estão bem distante

da nossa realidade, mas eu já entro na ansiedade por conta disso, já fico bem ansiosa mesmo.

**8- Você acha que as suas dores de cabeça te deixam ansiosa?**

Também, porque eu já fico com medo de ser uma crise, porque como eu te falei, as minhas dores de cabeça eram assim, 2 dias ou 3 dias forte, tomava um analgésico já passava, só que as últimas crises não foram assim, ela me deixou muito ansiosa, “ai meu Deus, será que eu tenho um tumor?”, “será que é isso ou aquilo?”, já pensa que estava doente, comecei a pensar mil coisas, ai enquanto eu fiz minha ressonância, que fui no médico e ele falou que não era nada, que foi um processo de 2 meses, eu não conseguia parar de sentir dor de cabeça, ai depois que eu fui ao médico e ela falou que eu não tenho nada, a ressonância não tem nada, o exame de sangue não tem nada, só que eu ainda fico em busca de saber o que me causa dor de cabeça que é para eu poder evitar para que eu não tenha dor de cabeça.

**9- A tristeza é uma emoção que te acompanha muito? Você acredita que ela possa afetar suas dores de cabeça? Como você lida com a tristeza?**

Tristeza não, procuro não focar muito na tristeza, eu penso que quando vem a tristeza ou alguma coisa triste eu procuro colocar na minha cabeça que há momento para tudo, eu estou passando por isso mas amanhã é outro dia e eu já posso estar melhor, eu não gosto de focar na tristeza, eu tento pensar que aquilo já vai passar. Quando você está triste você desanima aí já entra junto a ansiedade, aquela sensação de pensamentos ruins, com certeza deve influenciar em alguma coisa.

**10- A raiva é uma emoção muito presente na sua vida? Você sente muita raiva?**

Eu sou tranquilo de uma forma, mas algumas coisas me levam a ter momentos de raiva, se eu acordar, por causa da minha ansiedade eu já quero arrumar logo a casa, se a casa está bagunçada eu fico com raiva, aí depois que a casa já está tudo arrumada a raiva passa, minha raiva passa muito rápido, é momentâneo só enquanto eu não consigo resolver a situação, depois que eu resolvo, pronto, passa tudo

**11- Você sente que a raiva influencia na dor de cabeça?**

Sim, se eu sentir raiva, estar estressada, me dá logo dor de cabeça.

**12- Você reprime sua raiva ou expressa ela?**

Não, não ponho ela para fora, eu guardo muito porque eu acho que se eu explodir no momento da raiva, se a pessoa explode no momento da raiva muitas vezes fala muitas coisas que não deveria e as vezes até mágoa o outro por causa disso, depois que

passa a raiva que eu vou tentar resolver a situação, no momento da raiva eu não costumo por ela para fora não.

**13- E você consegue controlar a raiva?**

Sim, consigo controlar bastante, com certeza.

**14- Você sente muito medo? O medo influencia sua dor de cabeça?**

Muito, sou uma pessoa muito medrosa, principalmente em termos de família, tenho muito medo de perder meus filhos e minha família, então eu preservo muito, até em momentos de discussão com o marido tenho medo de dizer por motivos de separação, tenho muito medo mesmo, até quando eu estou na praça com os meus filhos eu tenho medo, me dá pânico, sou uma pessoa muito medrosa.

**15- Quando você está com medo também influencia sua enxaqueca?**

Acho que todos os pensamentos ruins quando vem em você um atrai o outro, então acho que todos eles podem sim ser o motivo por que quando vem o medo já vem a ansiedade, já junta um monte de coisa.

**16- Você se considera uma pessoa alegre? Você sente muita alegria no seu dia a dia?**

Sou, sou uma pessoa alegre, gosto muito de brincar e é tanto que quando estou com enxaqueca é bem notável, eles sabem que eu não estou bem, porque sou uma pessoa muito alegre, muito feliz, quando eu chego todo mundo diz “lá vem ela”, então quando eu não chego dessa forma já percebem que tem alguma coisa errada. Até porque eu trabalho com criança como voluntária, eu e meu esposo temos um projeto social de criança e quase todo dia tem trio para eles na praça em frente à minha casa, e quando eu chegava, eles já falavam “vixe, você está com dor de cabeça né?”, porque eles já percebiam que meu humor era outro, não chegava alegre e é difícil você estar com dor de cabeça e chegar normalmente, não consegue e é uma coisa que incomoda demais então todo mundo já percebia.

**17- E você acha que a dor de cabeça influencia na sua capacidade de sentir prazer e em ser feliz? Você acha que afeta?**

Sim, com certeza.

**18- O nojo é uma emoção muito presente na sua vida? Você sente muito nojo? Você tem muito nojo das coisas que acontecem?**

Não, não tenho esse sentimento de ter nojo não. Não costumo ter esse sentimento então não deve afetar não.

**19- Existe alguma outra emoção ou emoções que afetem sua dor de cabeça?**

**Você acha que existe outra?**

Acho que não, eu tenho muitas emoções, como a gente trabalha com criança, a gente participa muito de campeonato e você sabe que futebol é jogo de emoção, então eu passo por muita emoção, vou para jogo e quando perde eu fico com raiva e me dá dor de cabeça, mas se ganha eu fico feliz ai tá tudo bem, eu não sinto não.

**20- Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre as suas dores de cabeça?**

**Você acha que tem alguma coisa que você gostaria de falar, que você ache importante a gente saber?**

Não, o que eu tinha para falar era isso, as reações das pessoas com quem tem dor de cabeça, eu estava até próxima a alguns grupos que foi lá que eu respondi a enquete, e a gente vê que graças a Deus na minha vida eu procuro não deixar influenciar tanto, mas eu vejo pessoas que perdem emprego, acaba casamento, tudo por conta disso, então eu acho que afeta muito mais pessoas do que na minha vida então eu procuro não focar muito nela para que ela não venha a ser o foco da minha vida, eu tento viver uma vida normal e quando eu estou naquele momento eu vou procurar alguma forma para que passe rápido esse momento.