

MIGRÂNEA: AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO DE ESTADOS INTERNOS E
PERSPECTIVAS DE PRIMEIRA PESSOA

Rebeca Veras de Andrade Vieira

Dissertação de Mestrado

Porto Alegre, 2012

MIGRÂNEA: AVALIAÇÃO DO PROCESSAMENTO DE ESTADOS INTERNOS E
PERSPECTIVAS DE PRIMEIRA PESSOA

Rebeca Veras de Andrade Vieira

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
sob orientação do Prof. Dr. William Barbosa Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Março, 2012

Para aquele que me inspira e incentiva a sonhar alto,
Enriquece-me com sua capacidade
de ver tudo para além do que está posto,
Convida-me a conhecer em profundidade
e me faz gostar ainda mais da vida,
meu sempre amado,
Daniel

O domínio do trabalho científico não tem por base as conexões “objetivas” entre as “coisas” mas as conexões conceituais entre os problemas.

Max Weber

Agradecimentos

Aos meus caros orientadores Prof. Dr. William Barbosa Gomes e Prof. Dr. Gustavo Gauer, com quem tanto aprendi sobre a ética em pesquisa e sobre a complementariedade entre dados qualitativos e quantitativos;

Às Professoras Márcia Chaves, Janaina Pacheco e Rosa Almeida, pela disponibilidade na leitura deste trabalho e pelas valiosas contribuições desde a fase da qualificação do projeto;

À Universidade Federal do Rio Grande de Sul, modelo de excelência para a pesquisa do Brasil;

A CAPES, que me possibilitou dedicar-me integralmente à pesquisa;

Aos meus amigos do Laboratório de Fenomenologia Experimental e Cognição, com quem compartilhei momentos de crescimento pessoal e profissional. Em especial aos amigos Maria Adélia, Manoela, Luciando, Thiago, Amanda, André e Marcos, pelas trocas “geniais”;

Às alunas de graduação em Psicologia Mariana, Gicela e Paola, fiéis companheiras na coleta dos dados;

Aos meus alunos do estágio docente das disciplinas de Psicologia Hospitalar e Psicodrama, que me proporcionaram o imenso prazer de estar em sala de aula no papel de docente, articulando o fazer ciência e a assistência ao paciente;

À Manoela Ziebell, grande amiga e parceira com quem tanto aprendi e também tive o imenso prazer de dividir as primeiras experiências como docente;

À amiga Flavia Cardoso de Mattos, “filha” da UFRGS e inspiração para integrar trabalho, ciência e qualidade de vida;

À amiga Viviane Ribeiro Goulart, companheira dentro e fora dos muros da UFRGS, que me lembra que nunca farei grandes feitos sem encontrar grandes pessoas;

Aos meus pais e irmã, que sempre me incentivaram no desenvolvimento profissional e que são eternas fontes de criatividade;

Às pacientes do ambulatório de cefaléia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, razão maior de todo esforço para realização desta dissertação.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO I	13
Introdução.....	13
Migrânea: conceito e história de tratamento.....	13
Impactos da migrânea.....	17
Comorbidades psiquiátricas.....	19
Fatores psicológicos de automonitoramento relevantes em portadores de migrânea	20
A perspectiva do paciente.....	21
CAPÍTULO II	24
ESTUDO I: Alexitimia, autorreflexão, insight e qualidade de vida em portadoras de migrânea	24
Alexitimia e doenças orgânicas.....	25
Alexitimia e migrânea	27
MÉTODO	29
Participantes.....	29
Instrumentos.....	30
Procedimentos.....	34
Análise dos dados.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSSÃO	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
ESTUDO II.....	48
A Experiência de ser Portadora de Enxaqueca: um Estudo Fenomenológico.....	48
MÉTODO	51
Participantes.....	51
Instrumentos.....	52

Procedimentos.....	52
Análise dos dados.....	53
RESULTADOS.....	53
Descrição Fenomenológica: Como os casos se apresentam.....	54
Redução Fenomenológica: A análise temática de significados da experiência.....	58
Interpretação Fenomenológica: sentidos psicológicos da experiência com migrânea....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
CAPÍTULO III.....	102
Desafios para a integração de dados qualitativos e quantitativos: a busca pelo acta para melhor compreender o paciente	102
REFERÊNCIAS.....	111
ANEXO A - Questionário sociodemográfico.....	126
ANEXO B - Questionário CAGE.....	127
ANEXO C - SRQ.....	128
ANEXO D - Escala de Autorreflexão e Insight (EAI).....	129
ANEXO E - Escala de Alexitimia de Toronto (TAS).....	130
ANEXO F - Beck Anxiety Inventory (BAI).....	131
ANEXO G - Beck Depression Inventory (BDI).....	132
ANEXO H - WHOQOL - Bref.....	134
ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	137
ANEXO J - Questões norteadoras para a entrevista	138
ANEXO K - Sínteses das entrevistas	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características Sociodemográficas da Amostra	36
Tabela 2. Médias, Desvios-padrão e Diferenças de Média entre os Grupos Controle e Clínico nas Variáveis Dependentes do Estudo	37
Tabela 3. Correlações Bivariadas entre as Variáveis Investigadas no Estudo	38
Tabela 4. Correlações entre Variáveis Específicas ao Grupo Clínico e Demais Variáveis Investigadas	39
Tabela 5. Modelos de Análise de Covariância (ANCOVAS) entre os Grupos Controle e Clínico	40
Tabela 6. Modelos de Regressão Linear para Qualidade de Vida e frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD)	41
Tabela 7. Preditores de Pertencimento ao Grupo Clínico	42
Tabela 8. Participantes da pesquisa.....	52
Tabela 9. Diálogo entre quantidades e qualidades.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS

ALEXTOTAL – Escore total no instrumento TAS

ALEX1 – Fator do instrumento TAS – habilidade em identificar e descrever sentimentos e distingui-los de sensações corporais

ALEX2 – Fator do instrumento TAS – estilo de pensamento concreto, baseado na realidade, destituído de imaginação e fantasia, característico do chamado “pensamento operatório”

ALEX3 – Fator do instrumento TAS – habilidade de expressar sentimentos, emoções e fantasias

AR – Fator do instrumento EAI - prática individual de inspeção e avaliação de seus pensamentos, sentimentos e comportamentos

EAI – Escala de Autorreflexão e *Insight*

FD – Frequência da dor (em dias) nos últimos três meses

INS – Fator do instrumento EAI - habilidade individual de se entender seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos

ND- Nota média atribuída pela participante às dores nos últimos três meses numa escala entre 0-10.

WHO- Escore toral do instrumento WHOQOL-BREF

WHOQOL1 – Fator do instrumento WHOQOL-BREF – domínio físico

WHOQOL2 – Fator do instrumento WHOQOL-BREF – domínio psicológico

WHOQOL3 – Fator do instrumento WHOQOL-BREF – domínio social

WHOQOL4 - Fator do instrumento WHOQOL-BREF – domínio ambiental

RESUMO

A migrânea é um tipo de cefaléia primária amplamente conhecida pelo seu impacto sobre a qualidade de vida de seus portadores. Acomete aproximadamente 11% da população mundial e 15,2% da população brasileira. Embora os aspectos psicológicos da doença venham ganhando destaque em pesquisas atuais, alguns deles, como a alexitimia, ainda são pouco explorados. Esta dissertação teve como objetivo geral investigar como mulheres portadoras de enxaqueca descrevem sua experiência através das perspectivas de primeira e terceira pessoa. O estudo I proveu evidências sobre os níveis, o impacto, e as correlações entre indicadores de depressão, ansiedade, qualidade de vida, alexitimia, autorreflexão e *insight* através de uma comparação entre pacientes migraneosas e um grupo controle. O estudo II, de natureza qualitativa fenomenológica, buscou conhecer a experiência de ser portadora de migrânea. Por fim, o estudo III apresentou as considerações finais dos dois estudos, através do diálogo entre qualidades e quantidades.

Palavras-chave: migrânea, alexitimia, autorreflexão, *insight*, experiência.

ABSTRACT

Migraine is a type of primary headache widely known for its impact on quality of life of patients. It affects approximately 11% of the world population and 15.2% of the Brazilian population. Although the psychological aspects of the disease are becoming increasingly more important in current research, some of them, as alexithymia, are still poorly explored. This thesis aimed to investigate how women with migraine describe their experience through the perspectives of first and third person. Study I provided evidence on the levels, the impact and the correlations between indicators of depression, anxiety, quality of life, alexithymia, self-reflection and *insight* through a comparison between migraneous patients and a control group. Study II had a qualitative phenomenological nature and aimed to assess the individual experience of migraine female patients. Finally, study III presented the final considerations of these two studies through the dialogue between qualities and quantities.

Keywords: migraine, alexithymia, self-reflection, insight, experience.

APRESENTAÇÃO

A migrânea, popularmente conhecida por enxaqueca, consiste num tipo de cefaléia primária que acomete em média 11% da população mundial e aproximadamente 15,2% da população brasileira. À alta prevalência soma-se o considerável impacto sobre a qualidade de vida de seus portadores, acarretando frequentemente incapacitação temporária para o trabalho e demais atividades diárias. O impacto da migrânea é pervasivo na medida em que abrange uma grande quantidade de domínios, desde a satisfação com a saúde física, até as relações interpessoais e o processamento cognitivo (Leonardi, Raggi, Bussone, & D'Amico, 2010; Yalug et al., 2010).

A relação entre a migrânea e fatores psicológicos, tais como processos cognitivos e características de personalidade, tem recebido crescente atenção na literatura. O desenvolvimento dessas pesquisas parte da premissa geral de que os modos como indivíduos percebem e expressam o quadro têm efeitos importantes na sua relação como o tratamento e na escolha de estratégias de enfrentamento da doença. Pelas características do quadro, deverá interessar aos clínicos e pesquisadores do assunto tanto quanto conhecer características da doença, como etiologia, apresentação, sintomas associados e comorbidades, quanto compreender de que forma indivíduos experienciam a dor, e com que recursos e limitações eles lidam com as informações pertinentes à doença e ao seu tratamento.

A presente dissertação foi desenvolvida com o objetivo geral de investigar a experiência de ser portador de enxaqueca através de uma estratégia metodológica que contemple dados quantitativos e qualitativos referentes às perspectivas de primeira e terceira pessoa. Com o intuito de atingir este objetivo, a dissertação foi dividida em três capítulos.

No capítulo I, uma introdução geral revisa a literatura científica sobre o tema da migrânea, com destaque para a história do tratamento da migrânea, seus critérios diagnósticos, seu impacto sobre a qualidade de vida e características psíquicas relevantes nestes indivíduos. Ao final desse capítulo encontra-se a justificativa para uma investigação do fenômeno da enxaqueca através de métodos qualitativos e quantitativos.

O capítulo II é composto por dois estudos empíricos, sendo o primeiro de natureza quantitativa e o segundo de natureza qualitativa. O estudo I, intitulado “Impacto da Alexitimia, Autorreflexão e *Insight* sobre a Qualidade de Vida de Portadoras de Migrânea”, trata-se de um estudo transversal de caso-controle. Seus objetivos específicos foram: comparar os níveis de alexitimia, autorreflexão e *insight* em pacientes portadoras de

migrânea e não portadoras; avaliar possíveis correlações entre variáveis clínicas, dados sociodemográficos, indicadores de depressão, indicadores de ansiedade, qualidade de vida, alexitimia, autorreflexão e *insight*; avaliar o impacto dos níveis de alexitimia, autorreflexão e *insight* sobre a qualidade de vida.

O estudo II, intitulado “A experiência de ser portadora de enxaqueca: um estudo fenomenológico”, diz respeito a um estudo qualitativo fenomenológico. Seus objetivos específicos foram: descrever a experiência dos pacientes com enxaqueca a partir da sua própria perspectiva; compreender os significados que os pacientes atribuem à enxaqueca; compreender o nível de prejuízo causado pela enxaqueca na vida diária das pacientes; compreender como as pacientes lidam com sua enxaqueca e manejam o tratamento e a prevenção.

Por último, o capítulo III apresenta uma discussão sobre os resultados encontrados nos dois estudos empíricos. Além disso, é realizado um diálogo entre os dados provenientes de primeira (*capta*) e terceira pessoa (*data*), na busca pelo *acta*. Desta forma, almeja-se a integração entre qualidades e quantidades, revelando a riqueza da contribuição de cada abordagem metodológica, bem como a interdependência entre elas. Em outras palavras, as limitações de cada método podem ser compensadas pelo alcance do outro. Enquanto o estudo I se abre para a possibilidade de replicação em outros contextos, o estudo II aprofunda o conhecimento no contexto onde ocorreu e auxilia na compreensão dos resultados do estudo I.

CAPÍTULO I

Introdução

Migrânea: conceito e história de tratamento

A migrânea, também conhecida como enxaqueca, é um tipo específico de cefaleia, com prevalência estimada em torno de 11% na população global (Stovner et al., 2007). De acordo com critérios estabelecidos pela Classificação Internacional das Cefaleias (2006) a migrânea pertence ao grupo das cefaleias primárias, em função de os próprios sintomas e características da dor definir a doença do paciente. Enquanto nas cefaleias secundárias a dor é um sintoma causado por uma outra doença, nas cefaleias primárias a dor de cabeça é a própria doença. As causas para cefaleias secundárias incluem traumas cranianos, aneurismas, tumores cerebrais, infecções e alterações metabólicas (Peres, 2008). Já entre as cefaleias primárias encontram-se as enxaquecas; cefaleia do tipo tensional; cefaleia em salvas e cefaleias trigêmeino-autonômicas; neuralgias e dores faciais; e outras cefaleias.

As primeiras evidências de intervenções terapêuticas para o alívio de dores de cabeça vêm da descoberta de crânios neolíticos contendo trepanações, datados de cerca de 9.000 anos atrás. Naquela época havia a crença de que os maus espíritos habitavam a cabeça da pessoa acometida. A trepanação representava uma estratégia terapêutica para que os “demônios” pudessem escapar da cabeça do doente, e por consequência as dores cessassem. Para os mesopotâmios, que também atribuíam a causa das doenças ao plano espiritual, o Deus Ti’u representava o espírito do mal das dores de cabeça. Ele atacava suas vítimas levando-as à manifestação sintomática. Da mesma forma, no Egito antigo a causa e o tratamento da cefaleia estavam vinculados aos deuses. Além da trepanação, era usado um crocodilo de argila amarrado na cabeça do paciente por uma tira de linho contendo o nome dos deuses egípcios (Magiorkinis, Diamantis, Mitsikostas e Androustos, 2009; Peres, 2008).

Hipócrates (460-377 a.C.), pai da Medicina na Grécia Antiga, descreveu características clínicas da enxaqueca e prescreveu ervas que causassem vômitos a fim de cessar as dores. Ele foi o primeiro a descrever sintomas visuais semelhantes aqueles que hoje são conhecidos como aura de migrânea (Peres, 2008; Magiorkinis et al., 2009). Entretanto, o trabalho de Aretaeus (século II d.C.) é o que melhor representa o conhecimento greco-romano com relação à dor de cabeça. Sua terapêutica para cefaleia envolvia a sangria de algumas partes do corpo como uma veia do braço ou da testa foi considerada como referência por séculos (Koehler & Boes, 2010).

Entre os séculos XVII e XIX podem ser encontrados vários textos médicos contendo descrições de casos de cefaleia. Nicolaas Tulp (1593-1674) descreveu vários

tipos de cefaleia, incluindo os casos de dores agudas e crônicas. Em 1672, Thomas Willis (1621-1675), que introduziu a expressão “neurologia”, distinguiu três formas de cefaleia habitual: contínua, intermitente e intermitente com ataques vagos e incertos. Além disso, descreveu em detalhes os sintomas da enxaqueca, atribuindo suas crises a causas como hereditariedade, mudanças de estação, estados atmosféricos e dieta. Edward Liveing (1832–1919) publicou *On Megrim, Sick-headache and Some Allied Disorders: a Contribution to the Pathology of Nerve Storms*, considerado um marco nas pesquisas em cefaleias e migrânea. Nessa obra, Liveing formulou sua teoria sobre as chamadas *nerve storms*, considerando descargas do sistema nervoso central como a causa dos ataques de enxaqueca. Já William Gowers (1845–1915) foi o responsável pela publicação do livro *A Manual of Diseases of the Nervous System*, o qual continha um capítulo destinado à migrânea que oferecia uma descrição detalhada do conhecimento sobre a doença e enfatizava a prevalência no sexo feminino e o início na primeira metade da vida. Este autor considerava como gatilhos (*triggers*) para enxaqueca: fadiga, excitação, frio, erros dietéticos, estímulos visuais e odores peculiares (Magiorkinis et al., 2009).

Pode-se dizer que até a introdução dos métodos experimentais e dos princípios da filosofia natural na Medicina, predominou a doutrina galênica dos quatro humores, sangue, fleuma, bile amarela e negra (Hearnshaw, 1987). O tratamento das doenças, incluídas as cefaleias, era direcionado para retirada de fluidos do corpo a fim de restabelecer o equilíbrio entre os quatro humores. Somente a partir do século XIX, com o deslocamento da compreensão humoral para os modelos fisiopatológicos explicativos e através de uma abordagem positivista da medicina, a migrânea tornou-se mas claramente distinta dos outros tipos de cefaleia (Koehler & Boes, 2010).

Durante o início do século XX os primeiros tratamentos de enfoque psicológico para migrânea surgiram através da psicanálise (Karwautz, Wober-Bingol & Nober, 1996). Freud, fundador da psicanálise e portador de cefaleia, teorizou sobre a etiologia e a psicodinâmica da migrânea entre 1825 e 1926, tendo suas interpretações para este fenômeno sido modificadas ao longo dos anos passando por três fases: a neuropsicológica, a de associação a conceitos oriundos dos estudos sobre a histeria, e a última, envolvendo conceitos metapsicológicos.

Em um artigo de revisão, Peres (2005) destacou os avanços recentes sobre o conhecimento da fisiopatologia da enxaqueca desde a teoria vascular das cefaleias, descrita por Graham e Wolff em 1938, até a integração dos sistemas cérvico-trigêmeo-vascular e o mecanismo da sensibilização central. O mesmo autor lembrou o fato de ter sido um brasileiro, o professor Aristides Leão, o responsável pela descrição do fenômeno da

depressão alastrante cortical, ou depressão alastrante de Leão, atualmente reconhecido como o provável mecanismo da aura da migrânea. Além disso, enfatizou a importância dos recentes achados sobre o papel da melatonina na fisiopatologia das cefaleias e a implicação dos aminoácidos excitatórios, em especial o glutamato, envolvido na depressão alastrante cortical, ativação trigeminovascular e sensitização central. A literatura tem documentado níveis aumentados de glutamato no líquido cefalorraquidiano de pacientes com enxaqueca crônica quando comparado a controles (Peres et al., 2004).

A migrânea não é simplesmente caracterizada pela presença de cefaleia, mas pelo estado de susceptibilidade constante que torna o paciente permanentemente sujeito a uma crise, mediante fatores desencadeantes. Na migrânea, a alteração genética de um canal de cálcio cerebral específico provoca um estado de hiperexcitabilidade, com metabolismo cerebral anormal, que torna o sistema nervoso central mais susceptível a estímulos externos, como a luz, e internos, como o stress emocional (Vincent, 1998).

A observação de que a migrânea diz respeito a uma doença predominantemente feminina e de que vários marcos reprodutivos estão correlacionados com a mudança na frequência ou tipo de migrânea, aponta para o papel dos hormônios na fisiopatologia da doença (Sacco, Ricci, Degan & Corolei, in press). A fisiopatologia da migrânea tem sido, ainda, associada a perturbações nos sistemas serotoninérgico e dopaminérgico (Charbit, Akerman, & Goadsby, 2010; Fanciullacci, Alessandri & Del Rosso, 2000; Hamel, 2007; Horvath et al., 2011; Marmura, 2012). Além disso, estudos têm descrito uma associação bidirecional entre transtornos do humor e migrânea e levantado a hipótese do papel das citocinas inflamatórias na neurobiologia da migrânea e do transtorno de humor bipolar (Brietzke, Mansur, Grassi-Oliveira, Soczyns & McIntyre, 2012). Embora seja possível constatar diversos avanços na ciência neurológica nas últimas décadas, a comunidade científica ainda não conseguiu estabelecer uma definição precisa sobre o exato mecanismo fisiopatológico da enxaqueca.

Os agentes farmacológicos utilizados no tratamento da migrânea estão classificados em dois grupos: abortivos ou profiláticos. No caso de pacientes com cefaleias graves, estes geralmente necessitam de ambas terapêuticas (Moreira-Filho & Silberstein, 2004). Exemplos de fármacos pertencentes ao grupo dos abortivos são: analgésicos, anti-eméticos, antiinflamatórios não esteroides, triptanos, ergotamina e derivados. Dentre o grupo dos profiláticos estão: anticonvulsivantes (divalproato de sódio e topiramato), betabloqueadores, antidepressivos tricíclicos e antagonistas dos canais de cálcio (Martins, 2009).

Vários estudos têm sido realizados com o objetivo de discriminar fatores capazes de desencadear uma crise de enxaqueca (Andress-Rothrock, King & Rothrock, 2010; Neut, Fily Cuvellier & Vallée, 2012; Wöber, Holzhammer, Zeitlhofer, Wessely & Wöber-Bingöl, 2006). Em um estudo brasileiro realizado por Fukui et al. (2008), duzentos pacientes com diagnóstico de enxaqueca foram questionados sobre fatores que pudessem desencadear suas crises. Dentre os gatilhos identificados com maior frequência pelos participantes estiveram: fatores dietéticos, sono insuficiente ou demasiado, fatores ambientais, estresse, fatores hormonais e atividades físicas. Nesse estudo todos os participantes referiram ao menos um fator considerado como gatilho e 95,5% ao menos dois gatilhos. Os autores concluíram que o manejo psicológico, a orientação quanto à dieta e a higiene do sono são aspectos importantes a serem trabalhados juntos aos portadores de migrânea. Além disso, ressaltaram que a detecção de gatilhos deve ser pormenorizada para que se reduza a frequência de crises e melhore a qualidade de vida do paciente.

Diversos estudos têm destacado o estresse enquanto gatilho para enxaqueca (Al-Shimmery, 2010; Hedborg, Anderberg & Muhr, 2011; Kelmna, 2007;). Sauro e Becker (2009), em um artigo de revisão, ressaltaram que o estresse, como gatilho, apresenta potencial para o aumento da frequência e duração dos ataques de migrânea, atuando como um fator de risco para o desenvolvimento de migrânea crônica. Além disso, apontaram para diversas associações biológicas entre a migrânea e o estresse, descrevendo respostas fisiopatológicas comuns envolvendo o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e sistema nervoso simpático. Esses mesmos autores ressaltaram, ainda, que a forma como o indivíduo responde ao estresse parece mais importante do que o fator estressor em si. Desta forma, concluem que o desenvolvimento de habilidades para manejar o estresse tem o potencial de reduzir o impacto do estresse nos portadores de migrânea.

Atualmente, o diagnóstico das cefaleias baseia-se em critérios clínicos estabelecidos pela Classificação Internacional das Cefaleias – 2ª Edição (2006). A migrânea caracteriza-se clinicamente por crises de cefaleia intermitente de intensidade moderada a intensa com duração de 4 a 72 horas, apresentando frequentemente localização unilateral e sintomas associados. A dor na migrânea é pulsátil, acompanhada ou precedida por náuseas e fobias sensoriais, piorando com atividades físicas rotineiras e promovendo incapacidade. Alguns pacientes experimentam uma fase premonitória à dor, conhecida como pródromo, antecedendo em horas ou dias a cefaleia e que serve como aviso à chegada da dor, e uma fase de resolução. Os sintomas do pródromo e da fase de resolução incluem hiperatividade, hipoatividade, depressão, apetite específico para alguns tipos de alimentos, e bocejos repetidos, entre outros sintomas inespecíficos relatados pelos pacientes.

As enxaquecas dividem-se em dois subtipos principais: migrânea com aura e migrânea sem aura. De acordo com a Classificação Internacional das Cefaleias (2006), a migrânea sem aura corresponde ao subtipo mais comum de migrânea, apresentando uma frequência de crises maior e, geralmente, mais incapacitante que a migrânea com aura. A aura consiste em sintomas neurológicos com duração de cinco a sessenta minutos e que podem preceder ou acompanhar a dor. Alguns dos sintomas da aura são fenômenos visuais como luzes tremulantes, manchas ou linhas. Além das manifestações visuais, podem ocorrer sintomas sensitivos, como formigamentos e dificuldade para falar. Há ainda uma classificação quanto à frequência da dor: episódica ou crônica. A migrânea é considerada crônica quando as crises aparecem em um intervalo igual ou superior a quinze dias por mês por mais de três meses, na ausência de uso excessivo de medicação.

Estudos realizados na população adulta da Europa Ocidental e da América do Norte revelaram uma prevalência de migrânea entre 5% e 9% em homens, e entre 12% e 25% em mulheres (Manzona & Stovner, 2010). No Brasil, o único estudo epidemiológico de base populacional já realizado revelou uma incidência de 15,2% na população adulta com idade entre 18 e 79 anos (Queiroz et al., 2009). Com relação ao gênero, o mesmo estudo brasileiro apontou a enxaqueca como uma doença mais prevalente em mulheres que em homens, em consonância com achados da literatura internacional (Lipton et al., 2007). Embora possa ser diagnosticada na infância e ter início predominantemente na puberdade, a migrânea acomete principalmente pessoas com idade entre 25 e 55 anos (Lipton & Bigal, 2005). Após os 50 anos, ocorre uma diminuição progressiva da prevalência, sendo uma causa pouco comum de cefaleias para idosos (Martins, 2009).

Quanto às estratégias terapêuticas atuais, têm sido utilizadas farmacoterapia, psicoterapia, acupuntura, técnicas de relaxamento, *biofeedback*, massagens, ioga, entre outras. Alguns estudos têm salientado a importância do preenchimento de um diário da dor, que corresponde a um registro objetivo diário da intensidade da dor e dos sintomas associados à crise, que permite a sua quantificação e que é importante para a avaliação do tratamento (Hoppe, Weidenhammer, Wagenpfeil, Melchart, & Linde, 2009; Palermo, Valenzuela, & Storkb, 2004). A realização do diário pelo paciente permite que este amplie sua consciência acerca dos possíveis fatores desencadeantes das crises de dor de cabeça (Peres, 2008).

Impactos da migrânea

A migrânea é uma doença que merece especial atenção de clínicos e pesquisadores não somente por sua alta prevalência, mas pelo alto impacto sobre a qualidade de vida de

seus portadores (Leonardi et al., 2010). A Organização Mundial de Saúde, em seu Relatório Mundial de Saúde de 2001, apontou a migrânea como sendo a décima nona causa mais comum de incapacidade em ambos os sexos em todas as idades, e a décima segunda causa entre mulheres (WHO, 2001). Em um estudo de revisão, Buse, Rupnow e Lipton (2009) ressaltaram a piora significativa da qualidade de vida dos portadores migrânea durante e entre as crises. Para os autores, a migrânea permanece subestimada, subdiagnosticada e subtratada, tornando-se necessário o aprimoramento da comunicação entre profissionais da saúde e pacientes através de uma escuta ativa do paciente e do uso de entrevistas com questões abertas que permitam traçar um plano terapêutico mais adequado para cada indivíduo.

O impacto da enxaqueca na qualidade de vida de migreneosos também tem sido avaliado através da percepção dos pacientes, seus familiares e profissionais de saúde. No estudo de Ruiz de Velasco, González, Etxeberria e Garcia-Monco (2003), métodos qualitativos foram utilizados, incluindo entrevistas e grupos focais. Os resultados revelaram que a migrânea possui um efeito negativo na qualidade de vida dos indivíduos portadores da doença, incluindo aspectos físicos, sociais e emocionais da vida diária, tais como família, trabalho e relacionamentos interpessoais. De acordo com os pacientes e seus familiares, o ambiente familiar e o bem-estar psicológico representavam os aspectos da qualidade de vida mais afetados pela migrânea.

A migrânea gera, ainda, custos diretos e indiretos elevados. Enquanto os custos diretos envolvem gastos com medicações, consultas, hospitalizações, dentre outros cuidados de saúde, os custos indiretos estão relacionados à redução de produtividade devido ao absenteísmo e redução de desempenho no trabalho (Lipton & Bigal, 2005). Os resultados de uma pesquisa realizada por Fiane et al. (2006) revelaram haver uma maior prevalência de afastamentos do trabalho em indivíduos com cefaleia quando comparados àqueles sem este diagnóstico. A duração do afastamento do trabalho esteve associada à frequência de enxaqueca e outros tipos de cefaleia. Um levantamento realizado na década de 1990 em uma empresa brasileira revelou gastos acima de US\$126,00 por ano com cada trabalhador portador do diagnóstico de migrânea (Vincent et al., 1998). Outro estudo brasileiro apontou as cefaleias foram responsáveis por 7,9% dos atendimentos em unidades básicas de saúde, 9,7% em pronto socorro e 1,1% das internações hospitalares, corroborando com a concepção da cefaleia como um problema de saúde pública (Bigal, Bordini & Speciali, 2001).

Comorbidades psiquiátricas

As literaturas nacional e internacional têm documentado a alta prevalência de comorbidade da migrânea com transtornos psiquiátricos, principalmente, de humor e ansiedade (Pompili et al., 2010). Comorbidade significa que duas condições ocorrem no mesmo indivíduo mais frequentemente do que seria esperado ao acaso. A depressão corresponde a comorbidade psiquiátrica mais comum entre migraneosos (Green, 2011).

Estudos populacionais têm demonstrado que portadores de migrânea são entre 2,2 a 4 vezes mais propensos a sofrerem de transtorno depressivo maior. Já estudos longitudinais têm demonstrado uma relação bidirecional entre migrânea e depressão, isto é, uma doença aumenta o risco da manifestação da outra (Hamelsky & Lipton, 2006).

Em um estudo canadense de base populacional a migrânea esteve associada ao transtorno depressivo maior, ao transtorno bipolar, ao transtorno do pânico e à fobia social, todos ocorrendo com uma frequência mais que duas vezes maior nos portadores de migrânea comparados aos não portadores. Neste estudo, a alta prevalência de transtornos psiquiátricos na migrânea não esteve associada a variáveis sociodemográficas (Jette, Patten, Williams, Becker & Wiebe, 2007). Além disso, alguns estudos têm alertado para o risco de tentativas de suicídio em pacientes com migrânea, principalmente em mulheres com diagnóstico de migrânea com aura (Pompili et al., 2009; Wang, 2007). A alta prevalência de comorbidades psiquiátricas na migrânea enfatiza a importância de se considerar os aspectos psicológicos nesses pacientes, bem como propor uma terapêutica adequada.

Um estudo realizado por Mercante et al. (2007) investigou a qualidade de vida dos pacientes com enxaqueca crônica e o impacto das comorbidades psiquiátricas através do questionário de qualidade de vida SF-36. A qualidade de vida foi significativamente inferior nos oito domínios da SF-36 nos pacientes com enxaqueca crônica associada à comorbidade psiquiátrica tais como: transtornos de ansiedade, transtornos de ansiedade generalizada, transtornos de ansiedade com pelo menos um episódio depressivo maior, assim como nos pacientes apenas com episódio depressivo maior, comparados a pacientes com enxaqueca crônica sem comorbidade psiquiátrica. Os autores concluíram que a comorbidade da enxaqueca crônica com os transtornos mentais é fator associado à piora da qualidade de vida dos pacientes.

Em comparação a outros tipos de cefaleia primária, a migrânea tem revelado um impacto ainda maior sobre a qualidade de vida. Indivíduos com diagnóstico de migrânea crônica apresentam o componente mental do SF-36 significativamente mais prejudicado em relação aos indivíduos com cefaleia do tipo tensional crônica (Autret et al., 2010).

Fatores psicológicos de automonitoramento relevantes em portadores de migrânea

Estudos acerca dos traços de personalidade de pacientes com migrânea tem sido alvo de pesquisas recentes. Nicholson, Gramling, Ong e Buenevar (2003) avaliaram se a raiva, bem como a capacidade de expressão dela, seria diferente entre pessoas com e sem cefaleia, após o controle de depressão e ansiedade nestes indivíduos. Os resultados deste estudo indicaram que pessoas portadoras de cefaleia (cefaleia do tipo tensional e migrânea) guardavam sua raiva mais do que aqueles sem a doença, mesmo após o controle das variáveis depressão, ansiedade e da raiva como traço. Além disso, a repressão da raiva representou o mais forte preditor para cefaleia. Os resultados sugeriram, enfim, que a repressão da raiva era mais comum nos indivíduos com cefaleias. Em consonância com o apontado por esses resultados, outro estudo com uma amostra de pacientes com migrânea sem aura observou que esses pacientes revelavam uma tendência ao controle excessivo, dificuldades para manejar raiva, alta evitação ao dano, alta persistência e baixo auto-direcionamento, revelando que esses traços de personalidade em migraneosos poderiam deixá-los vulneráveis ao estresse e menos capazes de lidar com a dor (Abbate-Daga et al., 2007).

Um estudo realizado por Wang et al. (2005) utilizando o *Zuckerman-Kuhlman's Personality Questionnaire* e o *Plutchikvan Praag's Depression Inventory* em pacientes com cefaleia primária (cefaleia do tipo tensional episódica, tensional crônica, migrânea com aura e migrânea sem aura) revelou que indivíduos com cefaleia do tipo tensional episódica e crônica e os com migrânea sem aura apresentavam escores significativamente mais altos em neuroticismo-ansiedade e depressão quando comparados ao grupo controle. Os indivíduos com migrânea sem aura pontuaram significativamente mais alto em agressão-hostilidade em comparação aos controles.

Outras características do funcionamento psicológico têm sido associadas à migrânea. Segundo Carneiro e Yoshida (2009), a alexitimia é um termo utilizado no diagnóstico clínico de pessoas que estão incapazes, ou possuem alta dificuldade, de expressar emoções. Freire (2010) lembra a etimologia da palavra de raízes gregas. A partícula *a* tem um sentido de negação, “falta ou ausência”, *lex*, significa “palavra”, e *thymos* representa “emoção ou sentimento”. Assim, literalmente, alexitimia pode ser traduzida como “sem palavras para sentimento”.

A alexitimia pode ser diferenciada da repressão inconsciente da experiência emocional ou do controle consciente da expressão emocional. Ao contrário destes processos, a alexitimia deve ser compreendida enquanto prejuízo na representação mental das emoções. Em contraposição às defesas ditas neuróticas, as da alexitimia presumem-se

mais arcaicas (clivagem, identificação projetiva e somatização), implicando, desta forma, em prejuízos na capacidade simbólica (Veríssimo, 2006).

Um estudo realizado por Pizza, Spitarreli e d'Amato (2001) investigou características de personalidade e de alexitimia em pacientes com cefaleia primária (cefaleia em salvas, migrânea com aura, migrânea sem aura e cefaleia do tipo tensional) através do teste Rorschach. Neste estudo foi considerada como critério de exclusão a presença de transtornos psiquiátricos. Os resultados demonstraram uma uniformidade de características alexitímicas entre os grupos de pacientes deste estudo quando comparados a controles. Os portadores de cefaleia apresentaram acentuada restrição na fantasia, com pensamento estereotipado e concreto, baixa responsividade emocional adaptativa, escassez de mecanismos relacionais e adaptativos ao meio. Segundo os autores, a análise dos resultados sustenta as observações de que portadores de cefaleia primária aparentam ser bastante parecidos quanto ao estilo perceptual e de processamento, afetividade e recursos adaptativos. Outra consideração realizada foi de que estes achados são similares aos encontrados nas doenças psicossomáticas. Por último, os autores apontam para a importância da inclusão de uma abordagem psicoterapêutica à abordagem farmacológica nestes pacientes.

A capacidade de identificar estados internos, compreendê-los e conseguir comunicá-los é de fundamental importância para o desenvolvimento de estratégias eficazes de manejo da dor e a própria adesão ao tratamento. Instrumentos psicométricos que buscam medir tais habilidades, embora úteis, por vezes deixam a desejar ao oferecer um contexto fechado de respostas ao indivíduo. Nesse sentido, a inserção de uma abordagem qualitativa permitiria compensar esta fragilidade e oferecer ao pesquisador a possibilidade de aprofundar sua compreensão sobre fenômeno estudado. Deste modo, tal habilidade pode ser acessada pelos relatos de primeira pessoa, nos quais o indivíduo pode se expressar em um contexto aberto (entrevistas semi-estruturadas, por exemplo) os significados atribuídos ao fato de portador de determinada doença.

A perspectiva do paciente

O indivíduo percebe estar doente através de sintomas que provocam algum desconforto físico e que estão associados a alterações somáticas, cognitivas ou afetivas. Contudo, o modo como o paciente reagirá à doença depende em grande medida da forma como ele a significa e de como a maneja (Gameiro, 2004).

Os significados atribuídos aos processos de doença traduzem a vivência subjetiva do indivíduo e influenciam a capacidade de adaptação e enfrentamento à doença. Desta

forma, eles possuem forte influência sobre a adesão ao tratamento e sobre própria evolução da doença. As significações permitem ao indivíduo não somente reagir perceptivamente aos acontecimentos, mas responder com emoções e atitudes diante do processo de recuperação e reabilitação da doença (Joyce-Moniz & Reis, 1991; Pires e Joyce-Moniz, 2008).

O tratamento de portadores de dor crônica inclui a modificação de crenças, atitudes, valores e comportamentos pouco adaptativos. O inadequado senso de auto-eficácia tem sido associado com o pior controle da dor, menor adesão ao tratamento e piora da funcionalidade física e psíquica em doentes com dor crônica (Salveti e Pimenta, 2007).

A literatura tem apontado que diante da necessidade de enfrentamento de problemas ou eventos desagradáveis, portadores de migrânea apresentam mais mecanismos de defesas internamente focados (mais inversão e repressão e menos projeção) e uma menor tendência para busca de apoio social. O mecanismo de inversão pode ser observado quando um indivíduo responde de forma positiva ou neutra a um objeto frustrante do qual se poderia esperar uma reação negativa. A projeção está relacionada a atribuições de intenções ou características negativas para um objeto externo sem evidências inequívocas (Stronks et al., 1999).

Estudos qualitativos no contexto das cefaleias têm ganhado cada vez mais destaque na literatura. Com o objetivo de descrever iniciativas próprias e estratégias cognitivas utilizadas pelas participantes para lidar com a doença, Slettbakk, Nilsen e Malterud (2006) conduziram grupos focais com mulheres portadoras de cefaleia. Os dados foram analisados de acordo com a abordagem fenomenológica de Giorgi. Dentre as estratégias cognitivas utilizadas pelas participantes estiveram assumir o comando do próprio tempo, ritmo e nível de engajamento e poder aceitar o fato de que tinham que aprender conviver com a sua cefaleia.

Ocupados em compreender quais as principais dificuldades enfrentadas por portadores de migrânea e quais seriam os tipos de assistência considerados mais adequados, Cottrell et al. (2002) realizaram quatro grupos focais, cada um contendo entre quatro e oito participantes. Os participantes elegeram o tratamento precoce como uma das intervenções mais relevantes para novos pacientes. Além disso, ressaltaram que preferiam desenvolver um plano terapêutico em parceria com seus médicos em comparação a simplesmente receber materiais educativos genéricos para migrânea. Estes resultados ressaltam a importância de implicar o paciente em seu próprio tratamento, tomando seu relato como uma valiosa fonte de informações para individualizar o tratamento e devolver a ele a sensação de controle sobre a doença.

Embora haja investigações sobre a percepção do paciente em relação à migrânea, a literatura carece de estudos que integrem dados de primeira pessoa (a experiência da enxaqueca a partir da perspectiva do próprio paciente), através de métodos qualitativos; e dados de terceira pessoa, através da utilização de métodos quantitativos (escalas, inventários, questionários, etc.).

CAPÍTULO II

ESTUDO I: Alexitimia, autorreflexão, insight e qualidade de vida em portadoras de migrânea

A origem do termo alexitimia data da década de 1970, quando Peter Sifneos, ao estudar pacientes psicossomáticos, pôde identificar inabilidade em encontrar palavras apropriadas para descrever suas emoções, pobreza de fantasia e relativo estreitamento no funcionamento emocional destes pacientes, quando comparados a controles (Sifneos, 1973). A alexitimia é um construto multidimensional que pode ser compreendido a partir das seguintes características: dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distingui-los de sensações corporais, dificuldade em descrever sentimentos para outras pessoas, reduzida capacidade de se engajar em fantasias ou outras atividades imaginativas, um estilo de raciocínio concreto e objetivo, voltado para a realidade externa conhecido por “pensamento operatório”. Ao longo do tempo, o conceito de alexitimia foi sendo lapidado, sendo hoje considerado de forma mais ampla como um prejuízo no processamento cognitivo para a regulação das emoções (Luminet, Rime, Bagby & Taylor, 2004; Taylor & Bagby, 2004).

Para além dos transtornos psicossomáticos, a alexitimia tem demonstrado relações com severidade da dor e prejuízos de funcionamento em populações com patologias orgânicas (Hosoi et al., 2010). De fato, na medida em que interfere na regulação adaptativa das emoções negativas resultantes de estressores ou conflitos psicológicos, a alexitimia tende a ser maior em diversas populações com dor crônica, como artrite reumatoide, fibromialgia, transtornos da articulação temporomandibular, e migrânea (Hosoi et al., 2010; Lumley et al., 2005). No entanto, deve ser levado em conta que há importantes diferenças individuais tanto em alexitimia quanto intensidade da dor, tanto na população em geral, quanto nos pacientes com dor crônica. Embora sejam encontradas correlações positivas entre alexitimia e intensidade de dor aguda em pessoas saudáveis, em pacientes com dor crônica a alexitimia não se encontra necessariamente relacionada à gravidade da dor ou estava relacionada apenas com a dimensão afetiva, mas não sensorial da dor (Lumley et al., 2005).

A alexitimia tem sido associada a outros construtos relacionados ao processamento cognitivo de conteúdos psíquicos, como pensamentos, sentimentos e comportamentos. Em um estudo de Grant, Franklin e Langford (2002), foram investigadas correlações entre os fatores autorreflexão e *insight* presentes na Escala de Autorreflexão e *Insight* e outras variáveis psicológicas como alexitimia, depressão, ansiedade e estresse.

Para os autores, os fatores autorreflexão e *insight* dizem respeito a construtos diferentes. A autorreflexão está relacionada à atividade de se inspecionar e avaliar pensamentos, sentimentos e comportamentos próprios. O *insight* diz respeito ao estado de entendimento interno que se tem sobre seus pensamentos, sentimentos e comportamentos (DaSilveira, DeCastro, Gomes, no prelo). No estudo de Grant et al. (2002), o fator autorreflexão esteve correlacionado positivamente com ansiedade e estresse, mas não com depressão e alexitimia. Já o fator *insight* esteve negativamente correlacionado com depressão, ansiedade, estresse e alexitimia.

Alexitimia e doenças orgânicas

Em um artigo de revisão, Carneiro e Yoshida (2009) apontaram para a divisão realizada por Sifneos da alexitimia entre primária e secundária. Esta divisão está pautada na etiologia da alexitimia. A alexitimia primária teria sua origem em um defeito estrutural neuroanatômico ou em uma deficiência neurobiológica, sendo considerada um traço de personalidade duradouro. Desta forma, representaria um fator de risco para o desenvolvimento de diversas psicopatologias. Já a alexitimia secundária teria sua origem em fatores psicossociais, por meio de eventos traumáticos ocorridos tanto durante o desenvolvimento infantil como na vida adulta. Desta forma, é concebida como uma reação aos efeitos destes traumas, podendo a vivência de algumas doenças também ser considerada como uma experiência traumática. Neste caso, a alexitimia seria concebida como um mecanismo de proteção, possibilitando ao indivíduo conviver com a dor psicológica da experiência traumática. Ainda em relação à etiologia da alexitimia, na literatura podem ser encontrados estudos que a associam a algum trauma cerebral, a defeitos na formação neurológica, a influências socioculturais e também os que acreditam em uma origem psicológica, não havendo consenso na comunidade científica (Freire, 2010).

Encontra-se na literatura uma importante discussão em torno da estabilidade da alexitimia. Os autores se dividem entre aqueles que a consideram como um traço de personalidade estável, capaz de tornar o indivíduo vulnerável ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos, e autores que a consideram como estado em resposta aos distúrbios psicológicos, como nos quadros de ansiedade de depressão.

Um estudo prospectivo realizado com 100 estudantes de Psicologia por Mikolajczak e Luminet (2006) avaliou a presença de alexitimia pela primeira vez no começo do ano acadêmico e pela segunda vez após doze semanas durante o período da realização dos exames acadêmicos. Foram considerados quatro níveis de estabilidade:

absoluta, nível médio, ordem de classificação e estabilidade relativa. Apesar do significativo aumento de estresse emocional provocado nos estudantes pelos exames acadêmicos, a alexitimia revelou um alto nível de estabilidade relativa.

Por outro lado, um estudo recente realizado por Haan et al.(in press) aponta para uma direção diferente. Neste estudo foi realizada uma intervenção de três meses com terapia cognitivo-comportamental em 187 portadores de transtorno por uso de substância com o intuito de avaliar a estabilidade de alexitimia. Os autores concluem que a alexitimia pode se concebida em parte como um estado dependente do fenômeno, mas não um traço de personalidade estável em portadores de transtorno por uso de substância. Percebe-se, desta forma, a necessidade de seguir investigando a estabilidade da alexitimia através de ensaios clínicos nas mais diversas populações até que seja possível traçar algum consenso entre a comunidade científica.

Apesar de sua origem a partir da observação de pacientes com doenças psicossomáticas, muitos estudos têm encontrado características alexitímicas em diversas amostras clínicas, como os portadores de fibromialgia, obesidade, doenças dermatológicas, anorexia nervosa, dentre outros (Elfhag & Lundh, 2007; Sayar, Gulec & Topbas, 2004; Torres, Guerra, Lencastre, Roma-Torres, & Brandão, 2011; Willemsen, Roseeuw & Vanderlinden, 2008).

Diante da presença da alexitimia em diversas doenças orgânicas, Lumley, Tomakowsky e Torosian (1997) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a relação entre relatos subjetivos, medidas biomédicas e alexitimia. Os resultados revelaram que indivíduos alexitímicos, especialmente no que concerne a dificuldade de identificar e descrever sentimentos, referem mais queixas somáticas, quando comparados a indivíduos com baixos escores na medida deste construto. Além disso, a alexitimia não esteve associada à presença ou severidade de doenças orgânicas. Este estudo colabora com a idéia de que a alexitimia interfere na forma como os indivíduos percebem sua doença e de como a descrevem e comunicam aos outros.

No que concerne à percepção de dor, Nyklícek e Vingerhoets (2000) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a relação entre alexitimia e sensibilidade à dor em adultos. Neste estudo, a alexitimia esteve associada à sensibilidade à dor, em especial a uma menor tolerância à dor. Dentre as características da alexitimia responsáveis por esta associação estiveram a dificuldade de identificar sentimentos e o pensamento externamente orientado. Os autores discutem ao final do estudo a possibilidade desta associação ter ocorrido dada a tendência cognitiva de perceber as experiências de modo negativo ou

adverso em alexitímicos, culminado no aumento da sensibilidade à dor e a apresentação de queixas somáticas.

A associação entre ansiedade e alexitimia também tem sido documentada na literatura (Marchesi, Fontò, Balista, Cimmino & Maggini, 2005). Se, por um lado, alguns autores defendem que os indivíduos alexitímicos estariam mais suscetíveis à ansiedade (Devine, Stewart & Watt, 1999) há também evidências sugerindo que a depressão ou a ansiedade pode resultar em uma regressão reativa do desenvolvimento emocional e, desta forma, evocar características alexitímicos (Honkalampi, Hintikka, Saarinen, Lehtonen & Viinamaki, 2000).

Alexitimia e migrânea

Embora a alexitimia represente um construto amplamente estudado no contexto de diversas patologias, ainda observa-se uma escassez de estudos sobre alexitimia em portadores de migrânea. A alexitimia é mais comum em portadores de migrânea, quando comparados a controles, e neste quadro ela está associada com ansiedade, mas não com depressão (Muftuoglu, Herken, Demirci, Virit, & Neyal, 2004). Entretanto, vários estudos têm dado suporte para a associação entre alexitimia e depressão, mesmo apontando que as medidas de alexitimia são relativamente estáveis ao longo do tempo, quando comparadas às medidas de depressão, sugerindo que se trata de construtos diferentes (Grabe, Spitzer & Freyberger, 2004; Honkalampi et al., 2000; Luminet, et al., 2001; Luminet, Rokbani, Ogez, & Jadoulle, 2007). Os mecanismos subjacentes à associação entre alexitimia e depressão, contudo, ainda não estão claros (Di Schiena, Luminet, & Philippot, 2011).

Ainda no contexto da migrânea, a alexitimia recebeu a atenção de Villani et al. (2005) ao investigarem a influência de variáveis psicométricas no fenômeno conhecido como “repetidor”. Tal fenômeno se refere aqueles pacientes com predominância de cuidados intensivos para sua cefaleia, como elevada utilização de medicações sintomáticas e idas frequentes ao departamento de emergência. Neste estudo, os autores compararam os escores de depressão (Beck Depression Inventory), ansiedade (State and Trait Anxiety Inventory), alexitimia (Toronto Alexithymia Scale-20), personalidade (Tridimensional Personality Questionnaire) e incapacitação (Migraine Disability Assessment Score-MIDAS) provocada pela migrânea entre 15 migraneosos “repetidores” e 27 migraneosos sem critérios para este fenômeno. Não foram encontradas diferenças significativas entre os escores de ansiedade, depressão e as dimensões de personalidade entre os dois grupos. Entretanto, foram encontradas diferenças significativas em relação à alexitimia e ao nível de incapacitação. Quando considerado o ponto de corte de 61 pontos para a escala de

alexitimia, 46.7% dos migraneosos “repetidores” foram considerados alexitímicos em comparação a 14.3% do grupo de migraneosos onde não era observado este fenômeno.

Um estudo realizado por Yalug et al. (2010) investigou a associação entre alexitimia, depressão, ansiedade, variáveis sociodemográficas, história familiar e características da doença em 300 portadores de migrânea, dos quais 165 eram diagnosticados como portadores de migrânea episódica e 135 de migrânea crônica. Os resultados apontaram para uma associação positiva entre depressão, ansiedade e alexitimia em todos os portadores migrânea. Além disso, não foram encontradas correlações entre alexitimia e sexo ou histórico familiar de migrânea, mas foi possível traçar uma correlação positiva entre alexitimia e idade e uma correlação negativa entre alexitimia e escolaridade. Por último, os autores não encontraram correlações entre a alexitimia e características da doença (tempo de doença, frequência das crises, duração das crises e intensidade da dor). Os autores concluem o estudo ressaltando a importância da avaliação da alexitimia e de comorbidades psiquiátricas nestes pacientes que possam vir a influenciar o prognóstico, a severidade dos sintomas, a adesão ao tratamento e a qualidade da relação médico-paciente.

Há evidências empíricas na literatura de que a alexitimia esteja associada a uma pior qualidade de vida. Contudo, não há consenso entre os autores se esta associação pode ser observada em apenas algumas dimensões da qualidade de vida, por exemplo a psicológica e a social, ou se ocorre em todas as dimensões da qualidade de vida (Mattila et al, 2010; Modestin, Furrer & Malti, 2004).

Um estudo com pacientes da rede de atenção básica de saúde revelou uma correlação negativa entre satisfação de vida e alexitimia, mesmo levando em consideração fatores de confusão como depressão e percepção da saúde física (Mattila, Poutanen, Koivisto, Salokangas & Joukamaa, 2007). Os autores deste estudo enfatizaram a necessidade dos clínicos estarem atentos para a possibilidade de uma baixa satisfação de vida estar associada não somente a fatores circunstanciais ou problemas de saúde, mas a dificuldades de processamento emocional, como é o caso dos indivíduos alexitímicos.

A literatura ainda não oferece evidências sobre o impacto da alexitimia sobre a qualidade de vida em portadores de migrânea no contexto brasileiro. Da mesma forma, observa-se uma escassez de investigações acerca de possíveis correlações entre a alexitimia e indicadores depressão, ansiedade e outros construtos, envolvidos no automonitoramento de estados internos, como a autorreflexão e o *insight*. Os resultados apontados pelos estudos expostos durante a introdução deste estudo abrem caminho para a investigação destas características psicológicas em uma amostra brasileira.

O presente estudo teve como objetivo investigar, em pessoas com migrânea, as relações entre os fatores psicológicos Alexitimia, Autorreflexão, *Insight*, depressão e ansiedade, variáveis sociodemográficas, e aspectos do impacto da doença na vida desses pacientes, como severidade dos sintomas e qualidade de vida. Os objetivos específicos foram 1) Avaliar os níveis de Alexitimia, Autorreflexão e *Insight* em pacientes em tratamento para migrânea num ambulatório especializado; 2) Comparar os níveis de alexitimia, autorreflexão, *insight*, depressão e ansiedade entre pacientes com migrânea e a população em geral que busca atendimento para outras doenças no sistema público de saúde; 3) Avaliar possíveis correlações entre variáveis clínicas, dados sociodemográficos, indicadores de depressão, indicadores de ansiedade, qualidade de vida, alexitimia, autorreflexão e *insight*; e 4) Avaliar o impacto dos níveis de alexitimia, autorreflexão e *insight* sobre a qualidade de vida de pacientes com migrânea.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de caso-controle. Todas as medidas foram realizadas em uma única ocasião, sem período de seguimento. Os estudos de caso-controle são caracterizados pela seleção de uma amostra de uma população de sujeitos com um desfecho (casos) e outra amostra sem o desfecho (controles). A partir disso, são comparados os níveis das variáveis preditoras nas duas amostras para determinar quais delas estão associadas ao desfecho e podem causá-lo (Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2008).

Participantes

Grupo clínico (casos)

O grupo clínico foi composto por 40 mulheres com diagnóstico de migrânea sem aura de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Cefaléias (2006). A idade das participantes variou entre 21 e 59 anos ($M= 43,58$; $DP= 10,71$). As participantes foram selecionadas dentre os pacientes cadastrados no Ambulatório de Cefaléia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, onde recebem acompanhamento de saúde sistemático. Todas eram moradoras de região metropolitana de Porto Alegre.

Grupo controle

O grupo controle foi composto por 33 mulheres da população geral, pareadas com as participantes do grupo clínico por idade, nível de escolaridade e renda. A idade das

participantes deste grupo variou entre 24 e 59 anos ($M= 42,15$; $DP= 10,53$). As participantes foram convidadas a participar do estudo enquanto esperavam sua consulta médica na unidade básica de saúde mais próxima à localização do hospital em que as participantes do grupo clínico recebem tratamento (UBS Saúde Santa Cecília). As participantes do grupo controle foram questionadas se sofriam de enxaqueca ou algum outro tipo de dor de cabeça, sendo excluídas do estudo aquelas que apresentassem qualquer tipo de cefaleia, com exceção daquelas caracterizadas como do tipo cefaleia tensional episódica infrequente.

Crítérios de exclusão.

Qualquer participante que apresentasse algum tipo de transtorno psicótico, dependência de álcool ou de outra substância psicoativa ao longo da vida foi excluída do estudo. O CAGE (Anexo B) e o SRQ (ANEXO C) serviram com instrumento de rastreamento para estes transtornos.

Cálculo amostral

O cálculo amostral foi realizado a partir de indicadores estatísticos (nível de significância = 1%; poder = 90%; desvio padrão = 11; diferença entre as médias = 8.5) baseados em estudos anteriores que utilizaram instrumentos semelhantes ao do presente estudo (Muftuoglu et al., 2004; Schwaiger et al., 2009). Desta forma, obteve-se uma estimativa de tamanho amostral de 33 participantes para cada grupo (mínimo de 33 casos e 33 controles).

Instrumentos

Foram utilizados oito instrumentos neste estudo: um questionário sociodemográfico, o CAGE, o SRQ-20, a Escala de Autorreflexão e *Insight* (EAI), a *Toronto Alexythimia Scale* (TAS), o Inventário Beck de Ansiedade (BAI), o Inventário Beck de Depressão (BDI) e o WHOQOL-BREF (*World Health Organization's Quality of Life Instrument-Short Version*).

Questionário sociodemográfico. O questionário (Anexo A) serviu para caracterizar a amostra investigada. Este questionário possui questões sobre idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar e tratamento para migrânea.

CAGE. Trata-se de um instrumento (Anexo B) desenvolvido para a detecção de transtornos por uso de álcool validado no Brasil por Masur e Monteiro (1983). O CAGE consiste em quatro perguntas breves sobre o uso de bebidas alcoólicas nas quais o

entrevistado deve responder de forma afirmativa ou negativa. Caso o participante pontue acima de uma resposta como positiva, significa que ele apresenta problemas relacionados ao álcool.

SRQ-20. Trata-se de um questionário de rastreamento de distúrbios psiquiátricos (Anexo C) em nível de atenção primária desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). O instrumento é composto por 24 questões subdivididas em duas seções: a primeira com 20 questões para detecção de distúrbios “neuróticos” e a segunda com quatro questões para detecção de distúrbios “psicóticos”. Para o indivíduo ser considerado como possível portador de distúrbios neuróticos, este deverá pontuar sete ou mais respostas afirmativas na primeira subescala. Já para ser considerado como possível caso de “distúrbio psicótico”, deverá pontuar uma ou mais respostas afirmativas nas quatro questões da segunda subescala.

Escala de Autorreflexão e Insight (EAI). A escala (Anexo D) corresponde à versão brasileira da *Self-Reflection and Insight Scale*, construída por Grant et al. (2002) e adaptada por DaSilveira (in press). A EAI consiste em um questionário auto-administrável composto por 20 itens, aos quais os respondentes utilizam uma escala Likert de cinco pontos (0 = “discordo totalmente” e 4 = “concordo totalmente”). Autorreflexão é definida como a prática individual de inspeção e avaliação de seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. Isto envolve dois domínios, dos quais um acessa o motivo ou a necessidade de reflexão e o outro captura o processo de se envolver em uma reflexão. Uma segunda faceta da escala acessa a clareza de *insight* que o indivíduo tem sobre seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. *Insight* é definido como uma habilidade individual de se entender seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos (Grant et al., 2002). Um típico item desta escala para o fator autorreflexão é “eu sou muito interessado em examinar o que penso sobre as coisas”. Já o fator *insight* pode ser exemplificado pelo item “Eu normalmente sei por que me sinto da forma com que me sinto”. As análises dos fatores autorreflexão e *insight* ocorrerem separadamente, uma vez se dizem respeito a diferentes construtos. Os resultados do estudo de Da Silveira, De Castro e Gomes (in press), voltado para a adaptação e validação da Escala de Autorreflexão e *Insight* (EAI) para uma amostra de adultos brasileiros revelaram índices de consistência interna satisfatórios, sendo o alpha de Cronbach para Autorreflexão igual a 0,902 e para *Insight* igual a 0,825.

Toronto Alexithymia Scale (TAS). A escala (Anexo E) foi desenvolvida por Taylor, Ryan & Bagby, (1985). Trata-se de um instrumento de auto-avaliação, composto de 26 itens, idealizado para medir o grau de alexitimia a partir de quatro fatores. O fator 1 reflete

a habilidade de identificar e descrever sentimentos e distingui-los das sensações corporais; o fator 2, o sonhar acordado (daydreaming); o fator 3, a preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas; o fator 4, a habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas. Corresponde a uma escala de tipo Likert de cinco pontos onde 1 corresponde a discordo inteiramente, 2 discordo, 3 não sei, 4 concordo e 5 concordo plenamente. Os escores totais variam entre 26 e 130, sendo que para escores acima de 74 (inclusive) o sujeito é considerado alexitímico e menores de 62 (inclusive) é considerado não alexitímico. Para valores intermediários, isto é, entre 63 e 73, nada se pode afirmar. Pesquisas com diferentes amostras brasileiras sugerem que estes pontos de corte podem ser adotados na realidade brasileira (Yoshida, 2006). Yoshida (2000) adaptou e validou a TAS para o contexto brasileiro. A validação da versão em português da TAS em uma amostra clínica de 294 pacientes internados em hospital geral por diversas patologias revelou uma boa consistência interna, com alpha de Cronbach igual a 0,72. Neste estudo a autora realizou uma análise fatorial da escala e sugeriu que um modelo de três dimensões parece mais adequado para estudos em amostras clínicas. Desta forma os itens do primeiro fator, representados pelos itens 2, 4, 8, 10, 14, 17, 19, 20, 22, 25 e 26, estão associados à habilidade para identificar os sentimentos e distingui-los de sensações corporais. Os itens 1, 11, 12, 13, 15, 21 e 24 representam o segundo fator e estão relacionados a um estilo concreto de pensamento. Por fim, os itens do terceiro fator, representados pelos itens 3, 5, 6 e 16 relacionam-se à habilidade de expressão de afetos e fantasias (daydreaming) (Yoshida, 2007).

Inventário Beck de Ansiedade (BAI). Trata-se de uma escala de auto-relato (Anexo F) desenvolvida por Beck e Steer (1993) que tem por objetivo descrever a intensidade dos sinais e sintomas de ansiedade. Cunha (2001) foi responsável pelo desenvolvimento da versão brasileira do BAI. O instrumento é composto por 21 afirmativas descritivas de sintomas de ansiedade que devem ser avaliadas pelo sujeito com referência a si mesmo numa escala de quatro pontos que refletem a gravidade crescente de cada sintoma: 1) Absolutamente não; 2) Levemente: não me incomodou muito; 3) Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; 4) Gravemente: dificilmente pude suportar. O escore total é obtido pela soma dos escores dos itens individuais. Seu alpha de Cronbach em amostras médico-clínicas varia de 0,74 a 0,88 (Cunha, 2001).

Inventário Beck de Depressão (BDI). Este inventário (Anexo G) foi originalmente desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) para avaliar a intensidade da depressão. Cunha (2001) foi responsável pelo desenvolvimento da versão brasileira do BDI. Trata-se de uma escala de auto-relato contendo 21 itens, cada um com

quatro alternativas, que correspondem a graus crescentes da gravidade da depressão, com escores de 0 a 3. Os itens são baseados em observações e relatos de sintomas e atitudes mais frequentes em pacientes psiquiátricos com transtorno depressivo e se referem a: 1) “Tristeza”; 2) “Pessimismo”; 3) “Sentimento de fracasso”; 4) “Insatisfação”; 5) “Culpa”; 6) “Punição”; 7) “Auto-aversão”; 8) “Auto-acusações”; 9) “Idéias suicidas”; 10) “Choro”; 11) “Irritabilidade”; 12) “Retraimento social”; 13) “Indecisão”; 14) “Mudança na auto-imagem”; 15) “Dificuldade de trabalhar”; 16) “Insônia”; 17) “Fatigabilidade”; 18) “Perda de apetite”; 19) “Perda de peso”; 20) “Preocupações somáticas”; “Perda da libido”. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. O alpha de Cronbach em amostras médico-clínicas varia de 0,77 a 0,92 (Cunha, 2001).

WHOQOL-BREF (World Health Organization's Quality of Life Instrument-Short Version). A Organização Mundial de Saúde (OMS), através de um grande projeto multicêntrico em 15 países, elaborou o World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL-100) com a pesquisa de 24 facetas relativas à qualidade de vida (QV) em 100 diferentes itens (Power et al., 1999). Posteriormente, diante da necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, o grupo de QV da OMS desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, o World Health Organization's Quality of Life Instrument-Short Version (WHOQOL-BREF). Este instrumento consta apenas de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-BREF apenas uma questão avalia cada uma das 24 facetas. O WHOQOL-BREF (Anexo G) é composto por quatro domínios a serem avaliados: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. A versão em português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. O alpha de Cronbach para os domínios e questões obteve os seguintes valores: 0,91 para as 26 questões, 0,77 para os domínios, 0,84 para o domínio 1 (físico), 0,79 para o domínio 2 (psicológico), 0,69 para o domínio 3 (relações sociais) e 0,71 para o domínio 4 (meio ambiente). O WHOQOL-bref representa um instrumento útil para avaliar qualidade de vida no Brasil (Fleck et al., 2000).

Procedimentos

As participantes do grupo clínico foram contatadas pela ordem de agendamento de consultas de ambulatório hospitalar, entre maio e novembro de 2011. A aplicação dos instrumentos ocorreu em uma única ocasião, na data da consulta médica de rotina. A coleta de dados foi previamente agendada com as pacientes através de contato telefônico e realizada no Centro de Pesquisa Clínica. As participantes do grupo controle foram convidadas a participar do estudo enquanto esperavam sua consulta médica na unidade básica de saúde. Após o aceite e a verificação da ausência de critérios de exclusão, foi realizado o pareamento por idade, escolaridade e renda em relação ao grupo clínico.

Os princípios da ética em pesquisa com seres humanos foram respeitados em todas as etapas desta pesquisa, e seguiram as diretrizes propostas pelas legislações brasileiras, tendo como base a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº16/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Desta forma, as participantes consentiram sua participação na pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e seu número de protocolo é 11-0116.

Análise dos dados

A matriz de dados foi inspecionada e os dados faltantes (*missing values*) foram substituídos pela média do caso na respectiva variável. Foram realizadas estatísticas descritivas para os dados sociodemográficos dos participantes para os grupos total, controle e clínico. Testes *t* de *student* e qui-quadrado foram utilizados para investigar eventuais diferenças entre os grupos controle e clínico em relação às variáveis sociodemográficas.

Com a finalidade de investigar diferenças nos níveis médios nas variáveis avaliadas no estudo em relação aos grupos controle e clínico, foram conduzidos testes *t* de *student*, e calculado o tamanho de efeito por meio do índice *d* de Cohen. Foram conduzidas análises de correlação de *Pearson* entre as variáveis investigadas no estudo, para os grupos total, controle e clínico. O objetivo dessa análise foi investigar os padrões de covariância entre as variáveis em relação a cada grupo.

Análises de covariância (ANCOVAs) foram conduzidas com finalidade de investigar eventuais diferenças nos níveis médios das variáveis investigadas entre os grupos controle e clínico, controlando o efeito de covariáveis. A seleção das covariáveis em cada modelo teve como orientação a matriz de correlação entre as variáveis para a amostra total. O tamanho de efeito foi calculado a partir do índice eta-quadrado.

Foram realizadas análises de regressão múltipla, pelo método de estimação *stepwise*, com a finalidade de investigar as variáveis preditoras da qualidade de vida geral e seus domínios para os grupos total, controle e clínico. Também foi conduzida a mesma análise para investigar as variáveis preditoras da frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD) para o grupo clínico.

Por fim, foi conduzida uma análise de regressão logística binária, pelo método de estimação *stepwise*, com a finalidade de investigar as variáveis que melhor predizem o pertencimento ao grupo clínico. Em todas as análises foi considerado o nível de significância estatística de 5%.

RESULTADOS

As características sociodemográficas das participantes são apresentadas na Tabela 1. Não foram observadas diferenças significativas em relação a essas características entre os grupos controle e clínico. Na mesma tabela são descritos os valores do tempo de doença em meses (TD), tempo de tratamento (TT) em meses, frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD) e nota média atribuída pelas participantes às dores nos últimos três meses numa escala entre 0-10 (ND) para o grupo clínico.

A comparação dos níveis médios das variáveis investigadas no presente estudo é apresentada na Tabela 2. Foram observadas diferenças significativas entre o grupo controle e clínico em todas as variáveis. O efeito dessas diferenças variou entre $d = 0,56$ e $1,41$, demonstrando que os grupos apresentaram perfis bastante distintos em relação a essas variáveis.

A Tabela 3 apresenta as correlações bivariadas entre as variáveis investigadas, incluindo também as variáveis sociodemográficas do estudo, para os grupos total, controle e clínico. A associação das variáveis tempo de doença (TD), tempo de tratamento (TT), frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD) e nota média atribuída pelas participantes às dores nos últimos três meses numa escala entre 0-10 (ND) com as demais variáveis é apresentada na Tabela 4. Pode-se observar que houve uma associação entre frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD) e variáveis relacionadas à saúde mental (depressão e ansiedade) e qualidade de vida (total e nos domínios físico, psicológico e meio ambiente). A variável tempo de doença (TD) apresentou uma associação positiva com a idade dos participantes, enquanto a variável nota média atribuída pela participante às dores nos últimos três meses numa escala entre 0-10 (ND) esteve associada positivamente aos níveis de ansiedade e negativamente a capacidade de *insight*.

Tabela 1. *Características Sociodemográficas da Amostra*

Variáveis	Grupo controle	Grupo clínico	Total	Teste estatístico e tamanho de efeito
Idade	42,15(10,53)	43,58(10,71)	42,93(10,58)	$t=-0,57$ (71);
M (DP)	24-59	21-59	21-59	$p=0,57$; $d = 0,13$
Amplitude				
Escolaridade	Fundamental=14(42,4)	Fundamental=20 (50)	Fundamental=34	$\chi^2 = 0,43$ (3);
f (%)	Médio=11 (33,3)	Médio=12 (30)	(46,6)	$p=0,93$; $V = 0,08$
	Técnico=3 (9,1)	Técnico=3 (7,5)	Médio=23 (31,5)	
	Superior= 5 (15,2)	Superior=5 (12,5)	Técnico=6 (8,2)	
			Superior=10 (13,7)	
Renda (salários mínimos)	Até 1= 0 (0)	Até 1= 2 (5)	Até 1=2 (2,7)	$\chi^2 = 2,49$ (3);
f (%)	De 1 a 3=22 (66,7)	De 1 a 3= 24 (60)	De 1 a 3=46 (63)	$p=0,48$; $V = 0,18$
	De 3 a 5=10 (30,3)	De 3 a 5= 11 (27,5)	De 3 a 5=21 (28,8)	
	De 5 a 10=1 (3)	De 5 a 10= 3 (7,5)	De 5 a 10=4 (5,5)	
Estado civil	Casada = 14 (42,4)	Casada = 19(47,5)	Casada = 33 (45,2)	$\chi^2 = 0,55$ (3);
f (%)	Separada =5 (15,2)	Separada = 6 (15)	Separada = 11 (15,1)	$p=0,91$; $V = 0,09$
	Solteira = 11 (33,3)	Solteira =13 (32,5)	Solteira = 24 (32,9)	
	Viúva = 3 (9,1)	Viúva = 2 (5)	Viúva = 5 (6,8)	
TD		242,10 (152,15)		
M (DP)		36-564		
Amplitude				
TT		57,52(65,28)		
M (DP)		3-312		
Amplitude				
FD		27,65(25,00)		
M (DP)		0-90		
Amplitude				
ND		8,03(2,14)		
M (DP)		0-10		
Amplitude				

Nota. M = média, DP = desvio-padrão, f = frequência, % = porcentagem, $t = t$ de *student*, $\chi^2 =$ qui-quadrado, $d = d$ de Cohen, $V = V$ de Crammer*.

Tabela 2. Médias, Desvios-padrão e Diferenças de Média entre os Grupos Controle e Clínico nas Variáveis Dependentes do Estudo

Variáveis	Grupo controle	Grupo clínico	Total	<i>t</i> de student e <i>d</i> de Cohen
	M (DP) Amplitude			
BDI	8,33(8,69) 0-37	16,70(10,17) 1-49	12,92(10,35) 0-49	$t=-3,73$ (71); $p<0,001$; $d = 0,88$
BAI	6,18(7,46) 0-25	19,73(12,69) 0-51	13,60(12,57) 0-51	$t=-5,67$ (64,68); $p<0,001$; $d = 1,41$
WHOQOL	95,79(12,35) 59-127	82,20(15,33) 50-112	88,34(15,54) 50-127	$t=4,19$ (70,97); $p<0,001$; $d = 0,99$
WHOQOL1	27,06(3,74) 16-35	21,39(4,65) 11-33	23,95(5,10) 11-35	$t=5,67$ (71); $p<0,001$; $d = 1,34$
WHOQOL2	22,73(3,25) 14-30	19,97(4,37) 9-28	21,22(4,12) 9-30	$t=3,08$ (70,32); $p=0,003$; $d = 0,73$
WHOQOL3	11,61(2,16) 8-15	9,90(2,38) 4-14	10,67(2,43) 4-15	$t=3,17$ (71); $p=0,002$; $d = 0,75$
WHOQOL4	27,33(4,37) 16-28	24,73(4,89) 11-33	25,90(4,81) 11-38	$t=2,38$ (71); $p=0,02$; $d = 0,56$
ALEXITIMIA	53,21(9,49) 32-70	63,72(8,30) 50-89	58,97(10,25) 32-89	$t=-5,05$ (71); $p<0,001$; $d = 1,20$
ALEX1	26,30(7,70) 11-42	32,28(7,82) 15-50	29,58(8,27) 11-50	$t=-3,27$ (71); $p=0,002$; $d = 0,78$
ALEX2	16,09(4,57) 9-30	19,30(5,46) 7-33	17,85(5,29) 7-33	$t=-2,69$ (71); $p=0,009$; $d = 0,64$
ALEX3	10,82(2,20) 7-17	12,15(2,52) 5-17	11,55(2,45) 5-17	$t=-2,38$ (71); $p=0,02$; $d = 0,56$
AR	32,64(7,24) 14-46	28,88(5,43) 13-40	30,58(6,55) 13-46	$t=2,53$ (71); $p=0,01$; $d = 0,60$
INS	21,39(5,75) 9-29	16,33(6,14) 5-29	18,62(6,45) 5-29	$t=3,61$ (71); $p=0,001$; $d = 0,86$

Nota. M = média, DP = desvio-padrão.

Tabela 3. Correlações Bivariadas entre as Variáveis Investigadas no Estudo

Variável	Grupo controle / Grupo clínico ^a															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1- BDI	-	0,61**	-0,76**	-0,67**	-0,77**	-0,52**	-0,64**	0,40*	0,40*	0,01	0,06	-0,23	-0,41**	0,19	-0,09	-0,08
2- BAI	0,62**	-	-0,49**	-0,51**	-0,45**	-0,11	-0,43**	0,22	0,41**	-0,23	-0,04	0,20	-0,54**	0,27	-0,15	-0,06
3 – WHOQOL	-0,72**	-0,59**	-	0,91**	0,91**	0,69**	0,86**	-0,42**	-0,23	-0,18	-0,30	0,265	0,34*	-0,18	-0,11	0,02
4- WHOQOL1	-0,60**	-0,68**	0,83**	-	0,79**	0,53**	0,66**	-0,41**	-0,23	-0,19	-0,26	0,25	0,48**	-0,29	-0,05	-0,02
5- WHOQOL2	-0,58**	-0,31	0,87**	0,61**	-	0,53**	0,69**	-0,38*	-0,26	-0,15	-0,11	0,31*	0,37*	-0,09	-0,09	0,04
6- WHOQOL3	-0,50**	-0,30	0,68**	0,48**	0,73**	-	0,60**	-0,28	-0,05	-0,23	-0,27	0,16	0,00	-0,08	-0,10	-0,07
7- WHOQOL4	-0,57**	-0,44*	0,84**	0,56**	0,64**	0,41*	-	-0,36*	-0,155	-0,14	-0,38*	0,20	0,18	-0,06	-0,06	0,12
8-ALEXITIMIA	0,41*	0,41*	-0,64**	-0,53**	-0,54**	-0,36*	-0,63**	-	0,70**	0,46**	0,11	-0,20	-0,58**	0,04	0,23	0,08
9-ALEX-1	0,60**	0,47**	-0,63**	-0,56**	-0,48**	-0,38*	-0,59**	0,80**	-	-0,24	-0,26	0,15	-0,64**	0,17	-0,01	0,12
10- ALEX2	-0,06	0,10	-0,22	-0,11	-0,28	-0,12	-0,21	0,61**	0,05	-	0,09	-0,49**	-0,03	-0,13	0,25	-0,12
11- ALEX3	-0,21	-0,09	-0,09	-0,07	-0,05	0,04	-0,18	0,26	-0,17	0,36*	-	-0,07	0,13	-0,12	0,25	0,13
12-AR	-0,31	-0,39	0,20	0,31	-0,04	-0,07	0,23	-0,34*	-0,28	-0,20	-0,11	-	-0,01	-0,11	0,00	0,21
13- INS	-0,72**	-0,56**	0,63**	0,57**	0,44*	0,52**	0,53**	-0,58**	-0,72**	-0,07	0,17	0,30	-	-0,20	0,11	0,00
14-Idade	-0,17	-0,09	0,20	-0,02	0,21	0,11	0,43*	-0,21	-0,29	-0,03	0,19	0,20	0,09	-	-0,15	0,07
15-Escolaridade	-0,04	-0,09	0,05	0,01	0,01	-0,11	0,14	-0,05	-0,03	-0,01	-0,09	0,20	0,01	-0,08	-	0,41**
16-Renda	0,04	0,14	-0,04	-0,07	-0,06	-0,19	0,13	-0,04	-0,15	0,19	-0,05	0,26	-0,03	0,02	0,65**	-
							<u>Amostra total</u>									
1	-															
2	0,68**	-														
3	-0,79**	-	-													
4	-0,72**	-0,69**	0,90**	-												
5	-0,74**	-0,51**	0,90**	0,76**	-											
6	-0,58**	-0,32**	0,73**	0,59**	0,65**	-										
7	-0,65**	-0,49**	0,85**	0,65**	0,70**	0,57**	-									
8	0,52**	0,48**	-0,62**	-0,61**	-0,52**	-0,43**	-0,53**	-								
9	0,55**	0,52**	-0,48**	-0,48**	-0,42**	-0,29*	-0,40**	0,78**	-							
10	0,11	0,06	-0,30**	-0,30*	-0,27*	-0,27*	-0,24*	0,58**	0,001	-						
11	0,07	0,10	-0,31**	-0,30**	-0,17	-0,23	-0,36**	0,29*	-0,10	0,29*	-					
12	-0,35**	-0,18	0,32**	0,37**	0,26*	0,14	0,28*	-0,38**	-0,16	-0,40**	-0,16	-				
13	-0,61**	-0,63**	0,55**	0,61**	0,47**	0,325**	0,39**	-0,66**	-0,72**	-0,16	0,21	0,24*	-			
14	0,07	0,16	-0,06	-0,19	-0,00	-0,02	0,12	-0,03	-0,01	-0,06	0,02	0,03	-0,09	-		
15	-0,09	-0,14	-0,01	0,01	-0,02	-0,07	0,04	0,04	-0,04	0,11	0,08	0,12	0,09	-0,12	-	
16	-0,03	0,00	-0,03	-0,04	0,01	-0,11	0,12	0,03	0,02	-0,01	0,06	0,21	-0,02	0,05	0,50**	-

Nota. ^a A diagonal inferior refere-se ao grupo controle enquanto a diagonal superior representa as correlações para o grupo clínico. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabela 4. *Correlações entre Variáveis Específicas ao Grupo Clínico e Demais Variáveis Investigadas*

Variáveis	TD	TT	FD	ND
TT	0,21			
FD	-0,04	0,01		
ND	0,08	0,02	0,20	
BDI	0,18	0,24	0,45**	0,14
BAI	0,11	0,01	0,50**	0,37*
WHOQOL	-0,20	-0,19	-0,45**	0,00
WHOQOL1	-0,16	-0,04	-0,51**	-0,10
WHOQOL 2	-0,11	-0,22	-0,43**	0,04
WHOQOL 3	-0,13	-0,22	-0,21	0,23
WHOQOL 4	-0,19	-0,22	-0,32*	-0,01
ALEXITIMIA	0,08	-0,08	0,11	0,26
ALEX1	0,20	-0,02	-0,07	0,30
ALEX2	-0,15	-0,17	0,16	0,08
ALEX3	-0,02	0,02	0,24	-0,24
AR	-0,20	-0,13	-0,13	0,00
INS	-0,22	0,13	-0,25	-0,32*
IDADE	0,42**	0,11	0,07	0,08
ESCOLARIDADE	-0,07	0,12	-0,09	-0,30
RENDA	-0,06	-0,08	-0,01	-0,14

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Considerando as associações entre as variáveis descritas na Tabela 3, foram conduzidas ANCOVAs (Tabela 5) com a finalidade de investigar diferenças entre os grupos controle e clínico, controlando o efeito de covariáveis. As covariáveis consideradas em cada modelo foram aquelas que apresentaram associação significativa com a variável dependente. Apenas as variáveis Alexitimia total e ansiedade mantiveram diferenças entre os grupos após o controle da variância compartilhada com as demais variáveis. Desta forma, o fato de pertencer ao grupo controle ou clínico explicam, respectivamente, 10% e 12% da variância dessas variáveis.

Tabela 5. Modelos de Análise de Covariância (ANCOVAS) entre os Grupos Controle e Clínico

Variável dependente	Covariáveis	R ² ajustado	F (gl)	p	η ^{2*}
WHO	BDI, BAI, Alex1, Alex2, Alex3, Ar, Ins	0,70	0,10 (1)	0,75	0,01
WHO1	BDI, BAI, Alex1, Alex2, Alex3, Ar, Ins	0,66	1,73 (1)	0,19	0,03
WHO2	BDI, BAI, Alex1, Alex2, Alex3, Ar, Ins	0,55	0,234 (1)	0,63	0,01
WHO3	BDI, BAI, Alex1, Alex2, Alex3, Ar, Ins	0,39	1,48 (1)	0,23	0,02
WHO4	BDI, BAI, Alex1, Alex2, Alex3, Ar, Ins	0,51	3,36 (1)	0,07	0,05
AlexTotal	BDI, BAI, Ar, Ins	0,51	7,55 (1)	0,01	0,10
Alex1	BDI, BAI, Ins	0,51	0,35 (1)	0,55	0,01
Alex2	Alex3, Ar	0,18	2,12 (1)	0,15	0,03
Alex3	Alex2	0,08	3,24 (1)	0,08	0,04
AR	BDI, Ins, AlexTotal	0,14	0,52 (1)	0,47	0,01
INS	BDI, BAI, Ar, Alex1	0,59	0,01 (1)	0,96	0,01
BDI	BAI, Alex1, Ar, Ins	0,54	0,14 (1)	0,71	0,01
BAI	BDI, Alex1, Ins	0,57	9,45 (1)	0,01	0,12

Nota. * Eta quadrado.

A Tabela 6 apresenta análises de regressão linear múltipla, identificando as variáveis preditoras da qualidade de vida pra cada grupo e total da amostra e as variáveis preditoras da frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD) para o grupo clínico. Esta análise evidenciou que as variáveis depressão, ansiedade e alexitimia tiveram poder preditivo sobre a qualidade de vida geral e seus domínios para os grupos total, controle e clínico. Em relação ao grupo clínico, a frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD) foi predita pelas variáveis ansiedade e Alex1.

Tabela 6. Modelos de Regressão Linear para Qualidade de Vida e frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD)

Amostra	Variável dependente	Regressão linear múltipla				
		Preditores*	B	Beta	R ² ajustado	
<u>Total</u>	WHO	BDI	-1,13	-0,76	0,70	
		Alex3	-1,35	-0,21		
	WHO1	Alex2	-0,48	-0,16	0,65	
		BDI	-0,22	-0,44		
		BAI	-0,14	-0,36		
		Alex3	-0,39	-0,19		
	WHO2	Alex2	-0,17	-0,18	0,57	
		BDI	-0,28	-0,72		
	WHO3	Alex2	-0,10	-0,21	0,37	
		BDI	-0,13	-0,56		
	WHO4	Alex3	-0,61	-0,31	0,50	
		BDI	-0,29	-0,63		
	<u>Controle</u>	WHO	Alex2	-0,71	-0,26	0,55
			BDI	-1,04	-0,73	
		WHO1	Alex1	-0,15	-0,31	0,51
			BAI	-0,27	-0,53	
WHO2		Alex2	-0,22	-0,31	0,39	
		BDI	-0,22	-0,59		
WHO3		Ins	0,20	0,52	0,25	
WHO4		Alex3	-0,68	-0,34	0,49	
		BDI	-0,20	0,40		
		Alex1	-0,23	-0,41		
<u>Clínico</u>	WHO	Alex3	-1,54	-0,25	0,62	
		BDI	-1,12	-0,75		
	WHO1	BDI	-0,31	-0,67	0,44	
	WHO2	BDI	-0,33	-0,77	0,58	
	WHO3	BDI	-0,12	-0,52	0,25	
	WHO4	BDI	-0,30	-0,62	0,50	
		Alex3	-0,67	-0,34		
	<u>Clínico</u>	FD	Alex1	-1,04	-0,33	0,30
BAI			1,23	0,63		

Nota. * Preditores com nível de significância $\leq 0,05$ pelo método de estimação *stepwise*.

Por fim, uma análise de regressão logística binária (Tabela 7) revelou que as variáveis que melhor distinguem os grupos controle e clínico correspondem à ansiedade, o domínio físico da qualidade de vida (WHO1) e estilo concreto de pensamento, baseado na realidade, destituído de imaginação e fantasia (Alex2). Apesar de o teste Omnibus indicar que a variância explicada pelo modelo é significativamente maior que a variância não explicada pelo mesmo, o valor significativo do teste Hosmer-Lemeshow indicou uma diferença significativa entre os grupos observados e preditos. Além disso, o modelo alcançou um nível satisfatório de classificação correta dos casos, na ordem de 85%, demonstrando ser adequado para prever o pertencimento aos grupos.

Tabela 7. *Preditores de Pertencimento ao Grupo Clínico*

		Regressão logística binária				
Total	Grupo	Preditores*	B (e.p.)	Wald (gl)	Razão de chances	Classificação correta
		BAI	0,11	6,12	1,11	85%
		WHO1	-0,16	2,68	0,85	
		Alex2	0,17	4,96	1,18	

Nota. * Preditores com nível de significância $\leq 0,05$ pelo método de estimação *stepwise*.

Omnibus = 5,81(1), $p = 0,02$; Hosmer-Lemeshow = 16,85(8), $p = 0,03$.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi investigar as relações entre a migrânea e alexitimia, autorreflexão e *insight*, através de testes correlacionais e de comparação de médias. Para tanto, testou-se correlações entre variáveis clínicas, dados sociodemográficos, indicadores de depressão e ansiedade, qualidade de vida, alexitimia, autorreflexão e *insight*. Além disso, comparou-se alexitimia, autorreflexão e *insight*, além de indicadores de depressão e ansiedade de pacientes portadores de migrânea com um grupo de controle pareado. Avaliou-se, ainda, o impacto dos níveis de alexitimia, autorreflexão e *insight* sobre a qualidade de vida das pessoas com migrânea.

Caracterização de pacientes com migrânea comparados a controles

A falta de correlação entre alexitimia e variáveis sociodemográficas (idade, renda e escolaridade) contraria achados de outros estudos (Lane, Sechrest & Riedel, 1998; Kokkonen et al., 2001; Joukamaa et al, 2007). Isso pode se dever ao baixo tamanho e

relativa homogeneidade da amostra do presente estudo nos dois grupos. Recentemente, porém, no que se refere ao grupo de pacientes migraneosas, esta ausência de correlação entre alexitimia e variáveis sociodemográficas foi encontrada por Muftuoglu et al. (2004), o que aponta para uma possível especificidade na forma de agrupamento destas variáveis no grupo de migraneosas.

Pacientes com migrânea apresentaram maiores níveis de depressão, ansiedade e alexitimia, e menores níveis de qualidade de vida, autorreflexão e *insight*, em comparação com os participantes do grupo controle. Além da significância estatística, o alto nível de poder dos testes dessas diferenças indica a relevância empírica dessas variáveis para a investigação da enxaqueca naquilo que caracteriza os indivíduos diagnosticados. Além de demonstrarem alta diferenciação para o quadro de enxaqueca em comparação com os participantes do grupo controle, tal relevância é reforçada pelo fato de que essas mesmas variáveis não terem demonstrado resultados significativos, em termos de correlação, interação ou diferenciação entre grupos, com nenhum dos dados sociodemográficos levantados.

Correlações entre alexitimia, autorreflexão e insight

O escore para alexitimia total se correlacionou negativamente com autorreflexão e *insight* para a amostra total e para o grupo controle. Porém, no grupo clínico, o escore total para alexitimia se correlacionou negativamente somente com o *insight*, e não com a autorreflexão. Esta ausência de correlação entre alexitimia e autorreflexão está de acordo com o encontrado por Grant et al. (2002), embora aquele estudo tenha sido realizado em uma amostra não-clínica.

A discussão desses dados requer a retomada da definição dos conceitos. Alexitimia refere-se à incapacidade, ou dificuldade, de expressar emoções através de palavras. *Insight* é a habilidade individual de entender os próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. Autorreflexão é a prática individual de inspeção e avaliação dos próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. A sensibilidade à percepção de estados internos e o construto relacionado da sua compreensão desses estados (*insight*) estão certamente associados com a capacidade de identificar e expressar sentimentos (Grant et al., 2002). O *insight* em especial prediz diversos marcadores de afeto e auto-avaliação: pessoas com alto *insight* tem mais alto funcionamento nesse tipo de capacidade, e o *insight* prediz marcadores de bem-estar (Silvia & Phillips, 2011). No caso das participantes com migrânea do presente estudo, é possível que haja processamento cognitivo de informação referente a estados internos em algum grau, mas, visto que a direção da correlação

esperada e presente no grupo controle seria negativa, é possível de fato que o quadro de migrânea, ligado a um tipo de dor crônica que “toma” o paciente, e de difícil manejo pela imprevisibilidade, faça essas pessoas de fato terem uma prática forçada de autorreflexão, como percepção de estados internos, no caso, uma atenção para a dor das crises e seus possíveis gatilhos tanto internos quanto ambientais.

Possíveis fatores para severidade da migrânea

A frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD) esteve correlacionada significativamente com depressão, ansiedade e qualidade de vida total e nos domínios físico, psicológico e social. Este resultado ressalta a força de aproximação destas variáveis na migrânea, mesmo que não seja possível traçar direções de causalidade neste estudo, dado seu caráter transversal. Observa-se, ainda, que a nota média atribuída pelas participantes às dores nos últimos três meses (ND) esteve correlacionada negativamente ao *insight* e positivamente com a ansiedade. A percepção e a avaliação subjetiva da dor podem ter sido influenciadas nestes indivíduos pelo prejuízo na capacidade de *insight*, compreendido como habilidade individual de entender os próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. O *insight* desta forma pode ser interpretado como um mediador cognitivo entre a percepção e a expressão da dor, com efeitos específicos, graças à sua interação com a alexitimia, no caso da migrânea. De fato, a alexitimia é reportada na literatura como um fator no aumento da sensibilidade à dor e na maior apresentação de queixas somáticas. (Nyklícek e Vingerhoets, 2000).

Resta a questão de se maiores queixas somáticas, maior sensibilidade e menor tolerância à dor em correlação com alexitimia poderão, por exemplo, gerar um modelo ou uma operacionalização dos mecanismos pelos quais a informação da migrânea é processada. Possivelmente, a alexitimia, como fenômeno de (dificuldade de) expressão de sentimentos esteja mais próxima da função de desfecho de um processamento que iniciou com a autorreflexão enquanto percepção voltada para estados internos e continuou com o *insight* na qualidade de processamento cognitivo daqueles dados, embasando processos de raciocínio do participante sobre causas e efeitos no quadro da sua doença.

Preditores de qualidade de vida na migrânea

Quanto à qualidade de vida, duas dimensões de alexitimia (2 e 3) e depressão foram preditores na amostra total, através de análise de regressão logística. Entretanto, comparando-se os grupos clínico e controle, cada uma dessas mesmas dimensões de alexitimia acabou afirmando-se como preditor específico. No grupo com enxaqueca, a

qualidade de vida (WHOQOL TOTAL) teve como preditor, com carga negativa, o fator ALEX3 (habilidade de expressar afetos e fantasias), e no grupo controle, ALEX2 (estilo de pensamento concreto, destituído de imaginação e fantasia). Este resultado mostra-se interessante na medida em que aponta para o fato da qualidade de vida em portadores de enxaqueca está relacionada à possibilidade de expressão de afetos e fantasias, reforçando a importância do desenvolvimento de espaços para expressão das representações de doença e tratamento pelas pacientes.

Embora a depressão já esteja bem documentada na literatura como um importante preditor na qualidade de vida, podendo estas duas variáveis atuar como medidas sobrepostas ao utilizar o instrumento da Whoqol-Bref (Aigner et al, 2006), este resultado reforça a necessidade de levar em conta a avaliação de sintomas depressivos em grupos de migraneosos.

Observa-se que apesar de a autorreflexão e o *insight* terem diferenciado significativamente os grupos com enxaqueca e controle, nenhuma dessas duas variáveis medidas pela Escala de Autorreflexão e *Insight* (EAI) apresentou-se como um preditor da qualidade de vida em migraneosos. Uma hipótese para este resultado é de os participantes do estudo não tenham entendido as escalas, dada a complexidade da linguagem ou que estas subescalas não tenham de fato medido o que se propunham, mas algum outro processo cognitivo, como a atividade de ruminação.

Em relação ao grupo clínico, a frequência da dor (em dias) nos últimos três meses (FD) foi predita pelas variáveis ansiedade e habilidade em identificar e descrever sentimentos e distingui-los de sensações corporais (Alex1). Isto pode decorrer por estas variáveis estarem relacionadas a um dos principais gatilhos descritos na literatura, o stress emocional.

Na análise de regressão logística binária, o índice Hosmer-Lemeshow indicou discrepâncias entre as classificações observada e predita, ou seja, 15% dos casos foram classificados de forma errônea pelo modelo. Isto pode dever-se ao fato de o grupo controle ser constituído de indivíduos recrutados na rede de atenção primária de saúde, sendo muitas vezes portadores de outras doenças (hipertensão, diabetes, asma, dentre outros) que ocasionam prejuízos no processamento cognitivo e emocional como descrito na literatura. Além disso, esta falta de “pureza” no grupo controle em conjunto com a diferença de médias significativa em todas as variáveis (alexitimia, autorreflexão, *insight*, depressão, ansiedade e qualidade de vida) reforça a distinção entre migraneasas e não migraneasas. Por outro lado, fazendo uma análise dentro do grupo clínico, percebe-se uma ampla

variabilidade em cada uma das variáveis, o que corrobora a idéia da heterogeneidade intragrupo entre migraneosas.

A análise de regressão binária da variável de divisão entre os grupos clínico e controle revelou que a enxaqueca pode caracterizar indivíduos com alta ansiedade (BAI), baixa qualidade de vida no domínio físico (WHOQOL1), e presença de estilo de pensamento concreto, destituído de imaginação e fantasia (ALEX2). Estes resultados apontam para a importância de avaliar tais características durante o atendimento clínico de rotina e de se pensar terapêuticas adequadas, voltadas principalmente para diminuição da ansiedade e para o desenvolvimento da capacidade de simbolização em portadoras de migrânea.

Através deste estudo foi possível fornecer evidências referentes ao impacto da alexitimia sobre a qualidade de vida em portadoras de migrânea no contexto brasileiro. Além disso, este estudo contribui com o campo de investigações sobre as possíveis correlações entre a alexitimia e indicadores de depressão, ansiedade e outros construtos, envolvidos no automonitoramento de estados internos, tais como a autorreflexão e o *insight*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que portadoras de migrânea apresentaram maiores níveis de depressão, ansiedade e alexitimia, e menores níveis de qualidade de vida, autorreflexão e *insight*, em comparação a controles. Embora se apresentem como dois grupos bastante distintos entre si, percebe-se uma alta variabilidade em todas as variáveis estudadas dentro de cada grupo, o que aponta para a heterogeneidade intragrupo. Desta forma, os resultados reforçam que ao mesmo tempo em que tais variáveis se mostram como relevantes em migraneosas, cabendo aos profissionais de saúde avaliá-las em sua prática rotineira, deve-se manter um olhar atento em cada caso.

No que tange especificamente à questão da autorreflexão e *insight*, uma razão para o interesse em avaliar em grupos clínicos é seu potencial de aplicação em contextos nos quais que traços e habilidades de introspecção e atenção voltada para estados internos introspectivos podem prever a probabilidade de sucesso de intervenções (Silvia & Phillips, 2011). No caso da enxaqueca, as habilidades desse campo podem se constituir em recursos ou limitadores para aspectos importantes do manejo da dor e do tratamento, como na observação de gatilhos para crises, e na avaliação dos efeitos de medicação.

Algumas limitações à interpretabilidade dos dados devem ser retomadas. O caráter transversal não permitiu traçar relações de causalidade entre as variáveis e formular modelos explicativos para o fenômeno. Além disso, a escala utilizada para avaliar a qualidade de vida, a Whoqol-Bref, embora amplamente utilizada em pesquisas em saúde, não é específica para a migrânea, sendo oportunos novos estudos que utilizem instrumentos mais específicos. Não foi possível através do delineamento deste estudo esclarecer se a alexitimia representa um traço de personalidade ou um estado momentâneo de prejuízo no processamento cognitivo das emoções em migraneosas.

Constatar a presença de alexitimia em migraneosas significa dirigir ações com o foco no processamento cognitivo das emoções, visando melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Sugere-se a realização de novos estudos de caráter longitudinal e com uma amostra maior para contemplar estas limitações.

ESTUDO II

A Experiência de ser Portadora de Enxaqueca: um Estudo Fenomenológico

Durante muito tempo, a ciência deixou de lado a questão dos significados das experiências por acreditar que estas estariam longe do alcance do medido e observado. Assim, a possibilidade de compreender as experiências e seus significados surgiu somente a partir do movimento fenomenológico. O estudo da experiência consciente, como concebido pelo modelo da fenomenologia semiótica (Lanigan, 1992), veio resgatar o sentido da realidade e a investigação do que de fato a ciência está se propondo a estudar. A atitude fenomenológica, independente de juízos prévios de valor, envolvida no processo conhecido por redução, permitiu ao pesquisador tomar a experiência do participante sem a preocupação de inferi-la como uma “verdade”, mas apreender a intencionalidade desta experiência (Amatuzzi, 2009).

A passagem da fenomenologia filosófica para a fenomenologia psicológica empírica sofreu várias influências ao longo do século XX. Além disso, observa-se uma crescente aplicação do método fenomenológico nos últimos vinte anos à pesquisa empírica em psicologia e do promissor diálogo entre a fenomenologia e as ciências cognitivas nos últimos anos (DeCastro e Gomes, 2011).

Em se tratando de fenômenos complexos, como a experiência de ser portador de dores crônicas, a demanda por compreender tais significados a partir de uma perspectiva de primeira pessoa se mostra ainda mais evidente. Dentro do cenário dos estudos sobre a migrânea, a experiência da dor tem sido descrita na literatura como algo que toma o indivíduo por completo, alterando seu modo de se relacionar consigo mesmo e com o mundo.

Embora a dor seja uma experiência amplamente compartilhada, ela permanece pobremente comunicada. Segundo Katz (2004), as formas como os indivíduos descrevem a dor ocorre através de comparações. Assim, a linguagem da dor ocorreria necessariamente através dos tropos linguísticos metáfora ou metonímia. O autor acrescenta que mesmo se tratando de uma experiência “invisível” e extremamente subjetiva, ela é tão real quanto um dado observável.

A dor se revela enquanto uma experiência que remete o indivíduo a algo muito primitivo que é a comunicação com o mundo totalmente mediada pelo corpo, em uma fase do desenvolvimento em que a “mente” estava sendo construída através de informações captadas a nível do sistema sensório-motor. Segundo Lakoff e Johnson (1999), os

indivíduos se utilizam do tropo lingüístico da metáfora para realizar a passagem da experiência sensório-motora para experiência subjetiva abstrata. Assim, a formação de metáforas que começa com a experiência sensório-motora (como a dor, por exemplo) vai sendo associada a julgamentos subjetivos através de conexões neurais. Disto conclui-se que toda a experiência provém do corpo e não se desconecta dele em nenhum momento. Os autores defendem, ainda, que a metáfora desempenhe um significativo papel na estruturação da experiência dos indivíduos. Percebe-se, desta forma, a relevância da habilidade de utilizar metáforas, uma vez que a dor nada mais é que uma experiência sensório-motora que irá necessitar deste tropo lingüístico para conseguir ser representada a nível psíquico.

A dor é uma experiência humana básica e essencial e que pode ocorrer em resposta a danos nos tecidos (pôr a mão no fogo) ou por problemas no próprio sistema nervoso (membro fantasma), sendo, neste último caso, dificilmente tratada ou mesmo diagnosticada. No caso da migrânea, a dor não pode ser diretamente observada por algum instrumento ou exame. Ela necessita ser comunicada pelo próprio portador da dor para que outras pessoas saibam de sua existência (Semino, 2010). No contexto do atendimento em saúde, dependendo da forma com o paciente consegue expressar sua experiência de dor, o profissional poderá apreender ou não o que de fato ele gostaria de comunicar. Esta falha na comunicação é muitas vezes a grande responsável pelos insucessos no tratamento, bem como a sensação de solidão e incompreensão por parte do paciente.

A descrição da dor através de metáforas ou metonímias representa uma tentativa do indivíduo permitir que outras pessoas experienciem algo similar às suas próprias sensações. Em outras palavras, significa tentar desenvolver empatia nas pessoas, ao possibilitar que os outros se coloquem em seu lugar. A metáfora funcionaria como um gatilho para o processo de empatia com a experiência da dor e facilitaria uma melhor simulação das experiências de dor quando comparada ao uso de metonímias (Semino, 2010). Em termos semióticos, enquanto as metáforas associam termos aparentemente não relacionados previamente pelo processo de substituição (Ex: minha dor é um fogo que não cessa), na metonímia observa-se a relação entre significados ao menos proximamente associados (Ex: “para mim enxaqueca é um peso na cabeça”). As características das descrições metafóricas mais relevantes estão relacionadas ao nível de detalhe, grau de criatividade e complexidade textual. Como forma de ilustração destas características, Semino (2010) apresenta uma metáfora utilizada por um portador de migrânea: “A dor era como um pequeno ancinho de jardim escavando e raspando sobre os meus olhos e no topo da minha cabeça.” Por último, argumenta que na migrânea estas características são úteis na

medida em que auxiliam as pessoas a se aproximarem de um tipo de dor diferente das dores de cabeça que as pessoas estão acostumadas a experienciar, de caráter mais ameno.

Estudos empíricos recentes tem se ocupado da investigação da migrânea a partir de uma abordagem qualitativa que privilegia as percepções e significados atribuídos à esta experiência. Neles constata-se uma diversidade de instrumentos para a coleta de dados (entrevistas, grupos focais), assim como de tipos de análise (fenomenológica, *grounded theory*, pacote de software).

Com o objetivo de obter *insights* acerca da percepção de pacientes sobre o manejo de sua cefaléia Peter, Abu-Saad, Vydellingum, Dowson e Murphy (2005) realizaram um estudo utilizando entrevistas semi-estruturadas com sete portadores de migrânea e cinco portadores de cefaléia crônica diária. Os resultados apontaram para a influência das percepções dos pacientes com diagnóstico de migrânea sobre o modo como estes manejam a doença. Os participantes descreveram cinco áreas ligadas gerenciamento da cefaléia: utilização do sistema de saúde, uso de medicações, terapias alternativas, suporte social, estilo de vida e auto-ajuda. Foram apontadas as necessidade e preferências individuais quanto ao gerenciamento da cefaléia e destacado o papel central do paciente no seu próprio cuidado. Os autores concluem o estudo ressaltando que os cuidados em saúde têm mudado em decorrência de um maior envolvimento dos pacientes no seu próprio cuidado. Por último, enfatizou-se que a ampliação do conhecimento da perspectiva do paciente pode ser usada para auxiliar o profissional de saúde a adequar sua prática clínica, desenvolver programas de educação para os pacientes e pesquisas que investiguem questões importantes aos portadores de cefaléia.

Na mesma direção, o estudo de Belam et al. (2005) buscou compreender o significado de ser portador de migrânea a partir da perspectiva do próprio paciente. Para os participantes deste estudo “lidando com a besta” representou a metáfora central ressoada a partir das suas experiências, ao procurarem controlar seus problemas de diferentes formas. Além disso, três temas principais emergiram das análises: construindo sentido do seu problema, fazendo algo sobre ele ativamente tanto por auto-ajuda como por orientação profissional, ser resignado a ele. Os autores concluem o estudo apontando a possibilidade de obtenção de *insights* quando pacientes e pesquisadores trabalham conjuntamente na realização de pesquisas.

Recentemente, um estudo sueco realizado por Rutberg e Öhrling (2012) buscou compreender a essência do que representa viver com migrânea. Para isto as autoras entrevistaram dez mulheres e pediram-lhes que falassem espontaneamente sobre a experiência de ser portadora de migrânea. Além disso, ao longo das entrevistas as

participantes foram convidadas a realizar um desenho que representasse esta experiência e que posteriormente falassem sobre ele. Os dados foram analisados a partir do método fenomenológico hermenêutico de van Manen. Os resultados apontaram que viver com migrânea significa viver em um estado de incerteza, estar engajado em um constante esforço para manter o controle e viver com medo de que os outros não acreditem nelas.

Embora se constate a importância de compreender a experiência de ser portador de migrânea, observam-se ainda poucos estudos dentro do paradigma qualitativo. Os resultados apontados acima abrem caminho para a investigação da experiência de ser portador de migrânea em um grupo brasileiro.

O presente estudo teve como objetivos: 1) Descrever a experiência das pacientes com enxaqueca a partir da sua própria perspectiva; 2) Compreender os significados que as pacientes atribuem à enxaqueca; 3) Compreender o nível de prejuízo causado pela enxaqueca na vida diária das pacientes; 4) Compreender como as pacientes lidam com sua enxaqueca e manejam o tratamento e a prevenção.

MÉTODO

Delineamento

Trata-se de estudo qualitativo fenomenológico.

Participantes

Participaram deste estudo 10 mulheres com diagnóstico de migrânea sem aura de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Cefaléias (2006).). A idade das participantes deste grupo variou entre 30 e 59 anos ($M= 49,4$; $DP= 8,82$). As participantes deste estudo foram contatadas pela ordem de agendamento de consultas de ambulatório hospitalar, a partir de maio de 2011. A realização da entrevista semi-estruturada ocorreu em uma única ocasião por aproximadamente uma hora, na data da consulta médica de rotina. As participantes receberam pseudônimos para proteger suas privacidades. A tabela 8 agrupa os dados das participantes.

Tabela 8. *Participantes da pesquisa*

	Idade	Ocupação	Estado Civil	Escolaridade	TD	TT	FD	ND
Fabiana	30	Vendedora	Solteira	Técnico completo	84	84	21	9
Enara	51	Do lar	Casada	Fundamental Incompleto	360	240	36	7
Esmênia	54	Aposentada	Casada	Fundamental completo	288	24	10	7
Lara	53	Vendedora	Casada	Fundamental incompleto	564	48	35	10
Bárbara	56	Cozinheira	Separada	Médio Incompleto	48	36	5	10
Elisa	59	Aposentada	Separada	Médio completo	360	240	24	10
Marta	45	Do lar e artesã	Casada	Fundamental incompleto	336	24	15	8
Simone	56		Separada		360	24	12	8
Catarina	53	Do lar	Separada	Médio Completo	396	48	30	10
Carla	37	Do lar	Casada	Superior Incompleto	324	12	50	10

TD= tempo de doença em meses; TT= tempo de tratamento em meses; FD= frequência da dor (em dias) nos últimos três meses; ND= nota média atribuída às dores nos últimos três meses.

Instrumentos

Entrevista fenomenológica. O instrumento, com roteiro semi-estruturado (Anexo J), constitui-se num protocolo tópico de seqüência flexível para entrevistas individuais dirigidas às participantes (Gomes, 1998). Contém perguntas do tipo: Descreva o que acontece contigo quando tu estás com dor. O que te passa pela cabeça? Vem algum pensamento? Vem algum sentimento? As pessoas notam quando tu estás com dor? Elas te dizem alguma coisa?

Procedimentos

As participantes foram selecionadas por conveniência, dentre os pacientes cadastrados no Ambulatório de Cefaléia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, onde recebem acompanhamento de saúde sistemático. Todas as participantes eram moradoras de região metropolitana de Porto Alegre. A coleta foi previamente agendada com as pacientes através de contato telefônico e realizadas no Centro de Pesquisa Clínica.

As entrevistas duraram cerca de uma hora e foram gravadas em áudio, com a prévia autorização das participantes, sendo posteriormente transcritas na íntegra.

Os princípios da ética em pesquisa com seres humanos foram respeitados em todas as etapas desta pesquisa, e seguiram as diretrizes propostas pelas legislações brasileiras, tendo como base a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº16/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Desta forma, as participantes consentiram sua participação na pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e seu número de protocolo é 11-0116.

Análise dos dados

As entrevistas semi-estruturadas foram analisadas a partir do método fenomenológico (Gomes, 1998). Este tipo de análise é composto por três etapas: descrição, redução e interpretação. Na etapa da descrição fenomenológica o pesquisador buscou descrever o objeto como se o descritor não soubesse absolutamente nada a seu respeito. Além disso, esteve atento ao que efetivamente foi dito pelas participantes e buscou pôr em suspensão todo e qualquer julgamento, preferências, memórias sugeridas pelo objeto em descrição, etc. A etapa da redução fenomenológica disse respeito à exploração do objeto descrito até verificar que partes identificadas na descrição puderam ser retiradas sem comprometer a estrutura do objeto. O pesquisador esteve em busca de quais os sentidos das falas requereriam maior aprofundamento e diferentes modos de compreensão. Por último, a etapa da interpretação correspondeu ao que podemos compreender do que foi dito pelas participantes e como estes conteúdos se relacionam à literatura.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três partes. A primeira diz respeito à descrição da experiência de cada participante. A segunda revelará a redução fenomenológica de todas as entrevistas, culminando ao final na construção de sete grandes categorias: Dor: uma sensação que altera todo o ser, Compreendendo a Doença, Representações – o que “passa pela cabeça”, Impacto – Minha vida com Migrânea, Tratando a doença, Enfrentando a dor – todos os recursos, Empatia – Contando com o outro. A terceira apresentará a interpretação fenomenológica, na qual os resultados emergidos pelos dois procedimentos anteriores realizarão um diálogo com a literatura sobre o tema.

Descrição Fenomenológica: Como os casos se apresentam

A descrição consiste na primeira etapa do método fenomenológico. Nesta, o pesquisador busca focar na perspectiva que as participantes têm de sua própria experiência. Não há preocupação em descobrir as causas do fenômeno da migrânea no contexto da Medicina, tampouco as justificativas de sua existência enquanto categoria diagnóstica. A seguir serão apresentadas as sinopses de cada caso. As sínteses mais detalhadas das entrevistas encontram-se no anexo K.

Fabiana

Existe uma ambivalência com relação ao tratamento. Fabiana ao mesmo que refere não gostar de ingerir medicações, reconhece o seu efeito sobre o alívio da dor. A projeção para o futuro com relação ao tratamento é de que a dor vai manter-se ou piorar. Mesmo assim, expressa o desejo de cura. A metáfora utilizada para representar a dor é “um bonde passando em cima de si”. Os comentários de outras pessoas ao perceberem que ela está em crise mobilizam agressividade. Fabiana agride a si mesma através de mordidas ou beliscões para não agredir aos outros. A dor é descrita como sendo tão forte que gera desespero e o impulso de tomar vários medicamentos para cessá-la, mesmo sabendo que o abuso de medicações é inadequado. A enxaqueca afeta sua relação com o trabalho e provoca comportamentos de esquiva e alterações no humor. Fabiana entende que as pessoas com enxaqueca podem se tornar “chatas” porque nos momentos de crise querem que todos se adaptem a elas.

Enara

A adesão ao tratamento é atualmente motivada pelo incentivo de sua psiquiatra/psicoterapeuta. Mostra-se ambígua quanto ao uso de medicações. A projeção para o futuro com relação ao tratamento é de que a dor vai não vai melhorar e de que necessitará aprender a controlar-se. Entende que o objetivo do tratamento seja poder suportar a dor. A enxaqueca afeta a vida de alguém retirando a liberdade de realizar as próprias vontades. Há o desejo de compreender a doença e o questionamento quanto às possíveis causas. Enara relata nada saber a respeito da enxaqueca, mas faz uma metáfora da crise com dois fios elétricos em curto-circuito. Para ela, um portador da doença é alguém em constante estado de alerta devido à imprevisibilidade do início das crises.

Esmênia

Considera que as dores melhoraram com o tratamento e que persistam devido ao caráter crônico da doença. Na busca de conhecer melhor a dor, fazia experimentos consigo mesma, sacudindo a cabeça. A dor é terrível e gera a sensação de que está “tudo solto por dentro”. Compreende que o objetivo do tratamento seja a cura da dor e não mais precisar ingerir medicações. A enxaqueca afeta sua vida através de mau humor, irritação, alterações no comportamento e nas relações interpessoais. O conhecimento da enxaqueca a partir da própria experiência por vezes não é considerado legítimo. Esmênia não identifica possíveis gatilhos para suas crises. A metáfora da dor é de que há um líquido gelado correndo dentro do cérebro ou um parafuso solto dentro da cabeça. Durante as crises, surge a fantasia de abrir a cabeça para ver o que há dentro. A compreensão da enxaqueca é perpassada por uma visão bem concreta da dor, de caráter localizacionista e observável (dentro da cabeça).

Lara

A cabeça ganha destaque como parte fundamental do corpo. A busca pelo tratamento é motivada pelo gostar de si e por poder cuidar dos pais e da filha. Para Lara, além do uso de medicações, o tratamento envolve cuidados com a alimentação e a realização de atividade física. Ela evita falar sobre a dor com outras pessoas, alegando outras razões para as mudanças comportamentais percebidas por elas. Entende que o objetivo do tratamento seja nunca mais manifestar cefaleias. A percepção de que há outras pessoas com cefaleia gera conforto pelo fato de não ser a única a sentir dor. A doença prejudica sua vida profissional, saúde mental e dificulta compartilhar atividades prazerosas com pessoas significativas. A enxaqueca é compreendida enquanto desequilíbrio do corpo. Para ela, a dor é uma condição imposta associada a fatores emocionais e espirituais. O conhecimento sobre a enxaqueca advindo da própria experiência não é legitimado por ela. Associa o início da piora das crises a um evento de vida marcante (aborto). O sentimento durante as crises é de tristeza.

Bárbara

Atualmente a motivação em buscar o tratamento está relacionada e a esperança de melhora, baseada na própria experiência de que o tratamento vem auxiliando na diminuição da frequência das crises. Bárbara compreende que embora o médico seja treinado em sua formação para curar, há certas doenças em que não há cura. Ela tem esperança que encontrem a cura para enxaqueca através de novas pesquisas. Os sentimentos com relação ao apoio dos familiares são ambivalentes, oras se sente bem com

a atenção recebida, oras sente que “atrapalha”, “perturba”. Sente medo diante da imprevisibilidade das crises pela possibilidade da perda de controle sobre si mesma. Entende que uma pessoa em crise torna-se estúpida, irritada e foge do contato social na busca de fugir da dor.

Elisa

Elisa sente-se frustrada, pois entende que o objetivo do tratamento seria a cura ou diminuição da intensidade das dores. Ao compara-se com outros portadores de enxaqueca, entende que todos melhoram ou obtém a cura das dores. Acredita ser a única no mundo a apresentar esta dor terrível. Várias formas de lidar com a dor já foram ensaiadas como ficar de cabeça para baixo e dar cabeçadas na parede. Elisa crê que a enxaqueca seguirá se manifestando até a morte e se vê impotente diante da dor. A compreensão da doença está perpassada pelo receio da dor como sinal de outras doenças graves como o AVC. Fatores psicológicos são descartados enquanto deflagradores da crise. Os piores problemas relacionados à enxaqueca são a impossibilidade de poder programar-se e a falta de compreensão de outras pessoas. Para Elisa, apenas quem sentisse sua dor conseguiria se colocar em seu lugar.

Marta

O tratamento tem proporcionado uma diminuição da intensidade das dores. A busca pelo tratamento é motivada pelo alívio das dores e o desejo de não precisar isolar-se do convívio social. O início das dores foi percebido após o nascimento da filha. Nunca pensou em fazer outra ação além da ingestão de medicações para manejar a dor. Ao mesmo tempo em que expressa uma expectativa de cura, crê que o tratamento para enxaqueca seja para toda a vida. Embora reconheça que a enxaqueca afete a própria vida, relata ser difícil expressar como isto ocorre. A enxaqueca diz respeito a uma dor horrível em que se torna difícil pensar/refletir sobre outras coisas. A interpretação dos gatilhos para enxaqueca foi modificada ao longo da vida. Não identifica qualquer sentimento ou pensamento durante as crises de enxaqueca.

Simone

Estar em tratamento para dor de cabeça significa tomar medições que ao mesmo tempo em que aliviam as dores, geram efeitos secundários indesejados. Simone busca o tratamento por querer não apresentar mais dores de cabeça e deixar de tomar medicações. Procura maneja a dor realizando alongamentos e massagens. Reconhece vários gatilhos

para a crise. As pessoas percebem a presença da dor através de alterações psicológicas e comportamentais. Entende que a cura representa a finalidade última de todo tratamento. Reconhece a existência da enxaqueca em outras pessoas e é capaz de diferenciá-la de outros tipos de cefaleias. Considera que os piores problemas em ter enxaqueca são privar-se da realização de certas ações e ver-se impossibilitada de cumprir alguns compromissos. A enxaqueca é definida como uma dor de cabeça contínua e repetitiva. Compreende que os conhecimentos acerca doença foram construídos a partir da experiência pessoal ao longo da vida.

Catarina

A enxaqueca lhe desafia a descobrir formas de manejá-la. Sente-se revoltada quando a dor é percebida por outras pessoas e comentada, pois isto lhe remete ao ciclo repetitivo da dor e da própria vida. Não espera melhorar das dores a curto ou médio prazo. Entende que o objetivo do tratamento seja buscar “um caminho para seguir”. Não conhece outras pessoas com a mesma doença. Para ela, as pessoas geralmente acham que enxaqueca seja um fingimento. Os piores problemas de ter enxaqueca é se deparar com o desrespeito e a falta de empatia das pessoas diante de sua dor. Os gatilhos para enxaqueca estão relacionados ao estresse emocional gerado pela falta de respeito dos outros. Quando está em crise fica irritada, nervosa, “largando estupidez” para os outros. Durante as crises surgem pensamentos em relação aos filhos, no sentido de compreender suas atitudes pouco empáticas, e sentimentos de perda e agressão.

Carla

A experiência do tratamento é frustrante, pois as medicações não têm alcançado o efeito esperado por Carla. A necessidade de buscar tratamento para enxaqueca surgiu a partir do incômodo com a intensidade das dores e sua piora progressiva, bem como o histórico familiar de tumor cerebral. Atualmente busca o tratamento com o objetivo de poder viver melhor consigo e com os outros. Carla espera pela remissão total das crises dentro de um período de cinco anos. Embora conheça outras pessoas com enxaqueca, nunca compartilhou sua experiência. A enxaqueca afeta sua capacidade de agir no mundo e faz com que se sinta inútil. A imprevisibilidade do surgimento das dores dificulta a identificação de gatilhos. Contudo, o estresse emocional é eleito como um gatilho para crise. A enxaqueca é uma dor descrita como horrível, insuportável, imprevisível, comparada à sensação de estar cravando uma faca em sua cabeça.

Redução Fenomenológica: A análise temática de significados da experiência

Após realizadas as descrições fenomenológicas de todos os casos, o próximo passo diz respeito à redução fenomenológica. Neste estudo emergiram sete grandes categorias interligadas. São elas: Dor: uma sensação que altera todo o ser, Compreendendo a Doença, Representações – o que “passa pela cabeça”, Impacto – Minha vida com Migrânea, Tratando a doença, Enfrentando a dor – todos os recursos, Empatia – Contando com o outro. O propósito desta etapa foi determinar quais partes da descrição foram essenciais à experiência consciente das portadoras da migrânea. O resultado deste processo é uma tematização em categorias analíticas, descritas em termos do conteúdo das próprias falas que as participantes utilizam para expressar sua experiência – *tokens* – enquanto instâncias específicas da fala, e das características definidoras de classes abstraídas dessas falas – tipos – ou classes de atos de fala. A relação entre tipos e *tokens* ao longo do procedimento é dialética, emergindo como produto a própria categorização, cujo papel no plano da análise qualitativa é a organização de um mapeamento dos significados daquelas experiências e das possibilidades de acesso a esses significados por meio das falas das próprias participantes.

Dor: uma sensação que altera todo o ser

Esta categoria compreende conteúdos relacionados à história da dor, suas características, a descrição da crise, o modo como a dor é percebida por outros indivíduos e a relação das participantes com a própria doença.

Nesta categoria de experiências relatadas com seus significados, as primeiras crises de enxaqueca são comparadas às da atualidade, representando, desta forma, a história da dor. Para algumas participantes, as primeiras crises não eram tão fortes quanto atualmente. *“Elas não eram tão fortes, não lembro muito bem, mas elas não eram tão forte quanto agora”* (Fabiana). Já para outras participantes, as dores eram mais intensas se comparadas à atualidade. *“Agora tá fraquinho. Se eu tomar o remédio direitinho, ela vem bem fraquinha”*(Marta); *“Já tá mais suave...já tá um pouco (risos) ...já tá é...claro, não vou dizer que fiquei sem dor ...que nem eu disse pro doutor “não sei se eu tô no reflexo ainda porque a dor era tanta”...não sei ainda....tô com aquilo guardado na minha cabeça quantos anos com dor né...pra esquecer da dor não é tão fácil....né mais eu...agora tá melhor...”*(Esmênia).

O início das crises de enxaqueca esteve associado a algum evento de vida marcante para algumas das participantes. *“Até eu tava num curso, quando a primeira vez apareceu*

essa dor de cabeça (...) Essa foi a primeira, aí à noite, quando chegou em casa passou a dor, quando chegou de noite começou de novo, aí sumiu, acho que uns cinco dias mais ou menos, depois retornou de novo, foi quando começou a ficar contínua. Aí que eu falei aqui e eles me encaminharam pra neuro”(Bárbara); “A única coisa que eu lembro foi logo depois que eu tive a menina (filha), sabe, que elas começaram, toda vez que eu ia no médico, quando entrava num carro, sempre tinha que sair segurando a cabeça, que sempre foi forte, desde o começo, né. (Marta); “Deixa eu te contar, agora lembrei mais um detalhe, ela começou a apertar desde que eu tive uma gravidez de seis meses, daí o médico... Eu não sabia e me deu aquele Citotec pra tomar... Daí eu tive um aborto assim sabe, aí ali começou mais a apertar” (Lara).

A enxaqueca é descrita pelas participantes como uma dor bastante intensa associada a sintomas como náusea, vômitos, foto e fonofobia. “(...) a dor é muito terrível. Dói que quando dava dor, assim forte, eu perdia até o sentido, era muita dor, muita, muita, muita, dor, dor, dor , assim, me dava náuseas, dor, dor, assim que eu... eu ficava fora de si, era muita dor (Enara); “A crise de enxaqueca, ela vai surgindo assim como um vazio no estômago, como tu comeu e não te satisfez, como tu, assim ó, tivesse insatisfeita, nada ta bom naquele dia. Ai começa um enjôo, tipo uma dorzinha leve do lado da cabeça, assim na nunca, atrás da orelha, e ela vai te tomando conta. O olho fica meio assim, parece que tu não enxerga direito, tu não quer assim olhar, firmar. E daí se tu deixa tomar conta, toma conta de toda a cabeça. Ai tu tem que ir pra um quarto escuro, tu vomita, tudo faz eco na tua cabeça, tu não quer nem que ninguém converse contigo. Se for isso a enxaqueca, é isso que eu sinto. (...) E que se tu deixa, se tu não tomar um remédio antes que tome conta, ai ela te deixa mal mesmo, tu pede pra morrer” (Lara).

O modo de apresentação da dor varia entre a consciência de um aumento progressivo da intensidade da dor e um início já intenso. “Ah, ela começa assim devagarinho...ela não começa assim violenta, ela começa bem devagarinho, ela começa latejando devagarinho e aquilo vai indo, vai indo, não tomando a medicação ela vai aumentando(...)Ela começa ali devagarinho e se eu não ficar teimosa e logo tomar a medicação ela passa, ela passa (Enara); “Ela meio que dá um estalo no meio da cabeça, bem no topo e então ela começa muito forte que me pega minhas vistas e o topo aqui vem e puxa as minhas vistas pra cá e vai, daí as minhas vistas saltam, começam a saltar, começam a latejar e já fica vermelho” (Fabiana).

O período do dia em que a dor emerge varia de caso a caso. Para Fabiana ela pode começar pela noite ou na madrugada, porém raramente tem início durante o dia. “Posso descrever a minha. A minha, normalmente, ela começa pela noite, de madrugada, muito

raro ela começar durante o dia”. Para Esmênia, contudo, a dor surge em diferentes momentos : ao acordar, na madrugada ou durante o dia. “É uma dor de cabeça...bastante dias...bem longo assim sabe... eu levantava com dor de cabeça...o dia inteiro com dor de cabeça...dormia com dor de cabeça....sabe...madrugada eu tava com dor de cabeça”.

O surgimento da dor é imprevisível. Não há sintomas que sinalizem sua manifestação. “A crise é de repente assim...(...)todas elas foram de repente (Esmênia); “ela (a dor) só aparece(...) simplesmente aparece (Carla); “(...)não sei quando eu sair daqui se vai dar, se vai dar amanhã, se vai depois, eu não sei. Quer dizer, não é uma coisa programada. Eu não tenho sintoma. Que tem essas pessoas que não tem enxaqueca, mas tem um sintoma que vai dar dor de cabeça, já sabe. Eu não tenho sintoma nenhum (Elisa); “É a pior coisa do mundo (risos). É uma experiência muito horrível, é terrível ter dor de cabeça. Quando tu pensa que o negócio assim “ai, hoje vai... que nem hoje eu pensei “Meu Deus hoje não tive nem”. Tem dias que dá aquela coisinha enjoada, não que seja uma dor insuportável, sabe, mas fico sempre com aquela coisinha “Ah hoje não tive dor” quando vê “ Ai não acredito”. Ai é fogo (risos)” (Carla). Contudo, uma das participantes consegue identificar sintomas relacionados ao pródromo. Para Esmênia, a dor oras surge de repente, “quando eu tô muito cansada e não posso exagerar, às vezes eu acordo no meio da noite com”, oras apresenta sinais de que vai aparecer como enjoado e falta de apetite. “Começa levezinho, começa a sentir, começa umas ferroadinhas, sabe, tudo, e assim vai. Parece que dá um enjoozinho, não tô muito com apetite, já não tô muito a fim de fazer comida, não muito a fim de nada. E ai, vem”.

As pessoas com as quais as portadoras de enxaqueca convivem notam quando a dor surge através de mudanças no comportamento, na forma de se relacionarem com os outros, no humor, por sintomas físicos e por alterações na fisionomia. “Notam (a enxaqueca), por que assim, ó, Rebeca, eu sou uma pessoa, eu não sou quieta, sabe eu sou de falar, eu gosto de conversar, eu sou muito espontânea, sabe? Eu sou de bem com a vida. Então assim, as pessoas chegam na loja, se eu tô quieta, assim, bom dia eu dou, mas se eu só dou o bom dia e já fico quieta: “a F. não tá bem”. Minhas vistas ficam vermelhas, primeiro sinal, elas ficam vermelhas, e eu mudo, mudo totalmente a fisionomia, sabe? Eu já não falo, então eles notam, eles sabem direitinho quando eu tô ruim (Fabiana); “Notam, ixe, lá em casa todo mundo sabe. Eu fico mal humorada, eu não, né, não quero que ninguém fale, não quero que ninguém pise forte no chão, né” (Enara); “Com certeza notam, por que a gente fica sem ânimo, sem força de fazer as coisas, né? Até de conversar, procuro evitar até de conversar, que aquilo ali incomoda, fica doendo. É bem visível” (Simone); “Bom, meus vizinhos já sabem, todo mundo já sabe das minhas crises de enxaqueca. Às vezes

tava sem remédio, corria pra casa do vizinho mais próximo, mas chegado pra pedir se tinha um remédio”(Elisa).

Ao notarem a dor das participantes as pessoas reagem de formas diversas: na forma de orientação quanto a necessidade de aprender a convivência com a dor, averiguando a real existência da dor ou mesmo tentando compartilhar seus conhecimentos acerca de medicações. *“Ah filha tu tem que aprender a conviver com a tua dor”*, é a única coisa que ela diz...” (Carla); *“Às vezes sim (dizem algo ao notarem a dor). Nem sempre, mas às vezes sim. Pergunta “está com dor de cabeça? Está tão quieta”. Acontece”* (Simone); *“Elas (outras pessoas) dizem assim “Tu já tomou teu negócio? Ah tenho um remédio assim...” Bom, só se for coisa nova, porque já tomei tudo né...”*(Elisa).

Embora as pessoas percebam a presença da dor nas portadoras de enxaqueca, algumas participantes se esquivam do convívio social ou evitam falar sobre a dor, preferindo dizer que as mudanças de comportamento percebidas seriam devido a outras causas. *“É que eu fico bastante abatida, às vezes alguém pergunta assim pra mim “Tá abatida?”, as pessoas são discretas. Aquele dia acho que eu não sorrio muito, não puxo muita brincadeira, não entro muito no assunto, daí as pessoas perguntam né, “Não tá bem hoje? Dormiu com os pés de fora?”. O pessoal do interior são assim, meio indiscreto. “Não, não é nada disso, só to um pouco cansada”* (Lara); *“Eu me escondo eu fico quieta sabe quando eu tô com dor fico quieta não saio na rua, fico quieta no meu canto aí quando passa aí eu saio sabe, me deito, vou dormir um pouco, me deito, fico quieta até dentro da minha casa mesmo. Ah, ninguém me incomoda que eu tô com dor, deu, pronto, sabe, né e deu ...aí depois quando eu melhora eu saio”* (Esmênia).

Ao realizar um diálogo imaginário com a dor, são observados entre as participantes diferentes tipos de relação com a enxaqueca. A dor assume diferentes papéis em relação às participantes: pedir cuidado, punir, questionar, aconselhar. *“Me cura”* (Fabiana); *“Vou te incomodar”* (Lara); *“Ah, vou sair desse corpo, esse corpo não me pertence. Tá tudo tão direitinho, tão saudável, não tem vício, não tem nada, porque é que eu to ali né?”* (Elisa); *“Para de fumar”* (Marta); *“Te acalma, (risos), te acalma.”* (Catarina). Embora seja possível perceber diferentes reações entre as participantes, todas almejam livrar-se das dores. *“Se eu pudesse falar pra ela (dor) eu ia dizer pra ela ir embora”* (Enara); *“Ah pra ela (dor) sumir da minha vida (risos), pra ela ir embora, me deixar viver em paz, tranquila né...tantos ano esse sofrimento, queria que ela nunca mais voltar...nunca mais voltar...(Esmênia); “Ai, vai embora, pra onde tu vieste, tu não me pertence, eu vou fechar a porta da minha casa e tu não entra.(...) Eu sei dizer um não com carinho, todo mundo aceita, mas pra ela eu diria um não bem estupidamente”* (Lara). Há momentos em que o

indivíduo e a dor parecem como um só, como é o caso de Bárbara, em que caso a dor pudesse falar ela gritaria “*Não agüento mais*” e Bárbara a responderia “*Eu também não, porque tu também me massacra, ora!*”.

Compreendendo a Doença

Esta categoria compreende conteúdos relacionados à concepção de migrânea, comparação entre a migrânea e outras doenças, a relação entre cabeça e corpo, os gatilhos identificados, as interpretações acerca da etiologia da migrânea, as metáforas criadas para significar a experiência da dor, o reconhecimento da migrânea enquanto um fenômeno compartilhado com outros portadores da doença, a comparação entre características da própria dor e a dor de outros portadores da doença, e a legitimação dos conhecimentos de primeira e terceira pessoa.

Esta categoria abrange os modos de compreensão da enxaqueca por parte das participantes. Algumas das características da doença que ganham destaque são sua cronicidade, intensidade, frequência e sintomas associados. “*No dia a dia a crise vem, a dor vem, a dor continua. Quando tu acha que ela não vai ter mais, ela volta. E volta pior. Cada dia que passa, os anos passam, a crise volta, e cada vez mais forte*”(Fabiana); “*Agora não, não dói tanto. Me dá dor de cabeça porque é uma coisa crônica né... crônica faz anos, faz tempo, né.*(Esmênia); *É uma dor de cabeça. Agora, “do quê” eu não sei. É como dizer, “uma dor de cabeça contínua”. É repetitiva. Se chama de “enxaqueca” porque é repetitiva. Ela dá, ela passa, ela volta. Eu entendo que seja isso aí(...)*A minha nora sim tem semelhança, que quando ataca a dor de cabeça mesmo, é de botar ela na cama. *É de chorar(...). É bem de aliviar a dor de cabeça, que nela(nora) dá vômito. É dor de cabeça com vômito. E isso aí é típico da enxaqueca, né?”* (Simone).

Está presente um forte desejo de entender melhor a doença em termos de sua etiologia, prognóstico, gatilhos e fatores associados. “*O quê que é enxaqueca? Se tu vai nos termos técnicos é uma coisa, mas no meu modo geral ela é uma dor muito forte, mas o porquê dela, o porquê dela não ter cura, o porquê que ela vem, isso eu também queria saber*” (Fabiana); “*Até hoje eu não entendo o porquê que vem...eu queria um dia descobrir o porquê... da onde ela vem? Será que eu herdei da minha mãe? Minha mãe tinha muita dor de cabeça, será que eu herdei dela? Mas ela herdou de quem? Eu queria saber o porquê, da onde veio...o que é que tem dentro da cabeça? (...)*Eu queria poder estudar pedacinho por pedacinho da cabeça pra saber o porque que pode acontecer isso (Enara); “*O que será que tem dentro da minha cabeça...vontade de abrir ela pra ver o que que*

tem(...)o médico falou que era enxaqueca, mas eu quero descobrir porque, como aparece (...) porque apareceu, qual a causa dela ”(Esmênia). O indivíduo pode realizar experimentos consigo mesmo na busca de entender o tipo de dor e de que maneira ela se apresentava. “*Aí eu sacudia a cabeça no desespero. Eu sacudia, dava um desespero né, e eu começava a sacudir (risos),testando né, eu tava testando pra ver. Eu ia fazendo o teste do meu jeito, né, pra ver que tipo de dor ,que maneira que ela tava tendo, né, tentava descobrir que jeito que era*”(Esmênia).

A compreensão da enxaqueca é perpassada pela associação a outras doenças. O medo da morte está presente quando surgem tais associações. “*Porque era muita dor, era muita dor, eu não aguentava mais, era muita dor... eu cheguei até a pensar que eu tinha uma doença feia na cabeça* (Enara); “*E quando eu digo pro doutor, ele diz que não, mas tem aquele aneurisma que dá, o AVC, porque quando eu tô naquelas crises fortes, tu bota a mão assim e lateja, bate, bate, tu sente aquelas veias todas saltadas, aqui assim, tu vê tudo saltando. Parece que elas vão arrebentar, elas saltam e ficam pulsando. Eu já falei pro médico que eu tenho medo né? Eu tive uma colega uns anos atrás, que eu nem sabia que ela tinha enxaqueca depois que ela apareceu que eu fiquei sabendo que ela tava com enxaqueca. Ai disseram que ela tava vendo TV, começou a dar uma dor, uma dor nela, caiu, levaram pro hospital, morreu. Ai eu já liguei com a enxaqueca, porque eu não sabia que ela tinha, mas o médico diz que ninguém morre com enxaqueca*”(Elisa); “*Foi sábado,veio uma dor de cabeça assim insuportável. A sensação que eu tenho é de que parece que vai me dar alguma coisa, eu já digo até AVC,né, parece que vai me dar alguma coisa na cabeça... da dor terrível*” (Carla).

Há a compreensão de que seja “chato” para as pessoas conviverem com alguém tido como debilitado, enfermo. As pessoas se mobilizam com a dor do portador de enxaqueca, mostrando interesse e perguntando sobre o tratamento. A dor afeta como o outro lhe vê e interage. “*Ah é chato pras pessoas... Como é que chama, não é enferma, mas debilitada. Sempre com dor de cabeça, as pessoas me olham assim, só de olhar pra minha cara já vêem como é que eu tô. Elas dizem que já sabem, que eu tô de novo com dor. Minha qualidade de vida né, os outros ficam assim né*” (Elisa).

Embora a enxaqueca seja concebida enquanto doença, o indivíduo pode considerar-se saudável. “*(...)Tô saudável e vou conviver com essa coisa terrível*” (Elisa).O fato de ser uma doença sem cura faz a enxaqueca ser considerada como uma moléstia. “*Mas enxaqueca é uma doença que não tem cura. Então, pra mim é uma moléstia*”(Elisa).

A enxaqueca é compreendida dentro de uma hierarquia de valor em comparação às outras doenças. “*Ai fiz a tomografia, fiz até aquele lá da face pra ver se eu não tinha*

sinusite, mas graças a Deus, não tinha nada, era só a enxaqueca. Eu me lembro até que ele (médico) falou que tinha notícias pra me dar, uma boa e uma ruim, bem assim ele falou. Então tá, manda aí. A boa era que era só enxaqueca que eu tinha e a ruim que não tinha cura” (Elisa).

A dor da enxaqueca se manifesta na parte do corpo considerada fundamental à vida. *“A cabeça, eu acho que é peça fundamental do corpo da gente, como o coração, mas a cabeça é mais. Sem cabeça e sem coração tu não vive” (Lara).* A dor é compreendida não como uma escolha, mas uma condição imposta. *“Eu acho que ninguém quer ter dor, ninguém quer ter dor” (Lara).*

Há uma diferenciação entre o que seriam as causas da enxaqueca e seus gatilhos. Para Carla, o estresse, embora considerado como um gatilho, não desempenha esta função em todas as crises. *“Olha isso eu não sei mesmo. Porque do nada assim muitas vezes acordo com dor de cabeça, quer dizer, não sei mesmo o que é que causa.(...) Bah, muitas vezes tu te estressar, tu te incomodar te dá a dor (...)Mas que nem quando eu deito numa boa, tudo, e acordo com dor de cabeça...então aí eu já não sei nem te dizer o que é que causa. Quando eu sei, quando eu me irrita, alguma coisa assim,dá uma dor de cabeça ou... Que nem eu tô em casa, lá numa boa, daqui a pouco surge aquela dor do nada também. Então eu não sei te dizer assim no fundo o que é que provoca mesmo a enxaqueca”.*

As concepções acerca da etiologia da enxaqueca são bastante diversificadas. Dentre elas estão: um desequilíbrio do corpo, alterações no funcionamento do cérebro, alimentação, sono, preocupação, “incomodação”, dificuldade em dizer não à escuta dos problemas dos outros, dificuldade nos relacionamentos interpessoais, uso de álcool, cigarro, fatores espirituais e circulação sanguínea. *“Eu acho que é um desequilíbrio do corpo, alguma coisa não vai bem e por isso que acontece” (Lara); “Claro que a pessoa sempre contém alguma coisa e acaba atingindo o sistema nervoso, pra mim eu acho... Tu fica nervoso quando tem, disse que até um encosto eu tinha, eu acho que eu tenho um encosto, que sai de dentro e volta, sabe?” (Lara); “Que nem, tu come alguma coisa que te faz mal, isso também passa pra cabeça. É que nem o bêbado, toma, toma, até que fica tonto da cabeça. Então né, faz mal pra cabeça” (Lara); “Incomodação, preocupação (Lara); “Ai, quando chega o fim do mês, aí o cheque que me deram tá sem fundo, quando alguém da família não tá muito bem, quando me ataca a asma, essas coisas que eu não posso fazer o que eu quero, que eu deixo o serviço ali e não posso fazer o que eu quero. Quando eu não durmo, que nem a preocupação da menina (“afilhada”), eu sinto muita pena dela, quando eu vejo a minha mãe mal, quando alguém faz uma coisa errada, uma injustiça, essas coisas. Eu pego muito as coisas dos outros pra mim, doutora, isso eu sou.”*

(Lara); *“Eu acho que tem problema, de repente, alguma coisa que tu coma, eu acredito, alguma coisa vai desencadear lá, porque nada mais é função do teu cérebro, né, teu cérebro é água, né, ou de repente é falta de água ali, sei lá, líquido”* (Fabiana); *“Isso é outra coisa que eu falo, não fumo, não bebo e tenho essas crises, não tenho maus hábitos. Então por isso que eu digo, não entendo (...) Ai eu imaginei assim ó, alguma coisa tá certa ou tá errada com a minha cabeça que eu vou bater a cabeça assim, vai chacoalhar, chacoalhar alguma coisa, se é o sangue que tá embaixo das veias, vai passar. Batia, batia, ficava com dor e não resolvia nada”* (Carla).

As interpretações acerca das causas da enxaqueca puderam também ser modificadas ao longo da vida. *“Olha, a princípio, eu sempre pensei que era fígado (...) Mesmo eu fazendo todo o cuidado com a alimentação ela atinge igual, então isso eu garanto, que não é de alimento, não é de fígado, eu acredito”* (Bárbara); *“No meu entender? Eu não sei. Pra mim, sabe, sempre tinha, era antes de ficar menstruada que dava esse problema. Agora eu não fico e dá também, então eu acho que o que ajuda bastante é o cigarro, né, que é uma coisa que faz mal. Ele ajuda, eu acho, nas dor de cabeça”* (Marta).

Há também a concepção pelo próprio portador da doença de que os fatores etiológicos ligados a enxaqueca variam entre cada portador. *“Enxaqueca, assim, de ver pode ser horrível viver muito estressado, dá a dor de cabeça né, incomodação, uma ansiedade, problema... A gente diz assim, como é que é, um problema de família, de repente alguma tragédia, algo assim. Mas comigo não, ela sempre tá comigo. Então eu não tenho estresse assim, a sensação de ter alguma coisa me incomodando, fora as contas que tem que pagar todo mês, mas se for alguma coisa mais séria que me incomode, não tem, sinceramente não tem isso, por isso que parece uma coisa tão incompreensível.(...) Às vezes tá passando por um trauma na família, depressão, algo assim. Eu acho que possa causar, mas não é meu caso”* (Elisa). Embora as participantes tenham apresentado diferentes modelos explicativos para a enxaqueca, as inferências acerca da etiologia da enxaqueca não representam uma atitude comum a todas. *“Ai não sei, nem sei o que causa porque causa não sei”* (Esmênia).

Os gatilhos identificados variam bastante entre as participantes. Dentre eles estão: depressão, estresse, relação com o trabalho, dificuldades, irritação, esforço físico e/ou mental, cheiro e barulho. *“Depressão, um stress, muito trabalho, pouco trabalho, dificuldades. Ela (enxaqueca) pode desencadear por várias razões (...) de repente o estresse mesmo, a dificuldade do dia-a-dia, a luta”* (Simone); *“A gente se preocupa, né. Fica tudo guardado, os problema da gente, né. Pode até piorar.(...) Pode afetar a dor de cabeça.(...) Assim, quando eu me incomodo, dá algum problema, daí... Ela começa a doer*

”(Marta); *“Quando eu me incomodo, pode contar que...pode contar vai vir(a dor) (...) Às vezes eu tenho enxaqueca pelo seguinte: ah, quando eu me incomodo com a minha irmã”* (Catarina); *“Quando eu me irrito, alguma coisa assim,dá uma dor de cabeça”* (Carla); *“Ataca a dor nas costas, ataca a dor no joelho, ataca tudo, daí já vem dor de cabeça, já vem tudo(...)Cansaço eu acho que dá né, eu sempre acho que parece que eu tenho um cansaço físico, mental assim, sabe”*(Lara); *Eu não sei, assim, com o que ligar, só assim, como eu te falei, tem a influência de barulho e cheiro me dá, posso tá muito bem, uma pessoa perfumada aqui, eu já tampo o nariz, porque se ficar sentindo aquele cheiro, a cabeça começa a cozinhar”* (Carla). Entretanto, nem sempre os gatilhos são bem identificados pelas participantes. *“Mas que nem quando eu deito numa boa,tudo e acordo com dor de cabeça...então aí eu já não sei nem te dizer o que é que causa”* (Carla); *“Quando vem a dor de cabeça, ela vem, eu nunca observei se tem algum motivo, se tem alguma coisa que desencadeia a dor. Nunca percebi, assim, se fosse por cansaço ou por estresse”* (Simone).

A compreensão da enxaqueca envolve a construção de algumas metáforas para descrição da dor. Dentre elas estão: bonde passando por cima de si, curto-circuito, líquido correndo dentro do cérebro, parafuso solto e o ato de cravar uma faca na cabeça. A compreensão da enxaqueca também é perpassada por uma visão bem concreta da dor, de caráter localizacionista e observável (dentro da cabeça). *“Meu Deus do céu, passou um caminhão em cima de mim”* (Fabiana); *“Se encosta um fio no outro, será que encosta um fio, que nem a eletricidade, quando encosta dá choque? Será que é isso? (...)Porque se agora eu não tenho dor, daqui a pouco começa a doer... será que é uns fio que se encosta um no outro? Tipo aí o fio tava desencapado ali encostou ali, deu choque, começou a dar curto aí”* (Enara); *“é aquela dor assim que nem eu te falei, eu sentia que tava com um monte de coisa solta na cabeça, sabe, uma coisa solta que tava por dentro eu sacudia parece que sacudia tudo lá dentro.....sabe era assim... ..o olho doía.....assim, sentia um líquido, às vez correndo assim dentro, mas lá dentro, não fora, lá dentro do cérebro sabe...daí às vez eu dizia pra minha filha “R., deve ta, sei lá, cheio d’água” (risos) dizia pra minha filha....aí deve ser algum parafuso solto...eu botava tudo quanto era imaginação, dizia, né “aí deve tá tudo cheio d’água ou deve ter um parafuso solto”...Eu sacudia, parecia que eu sentia um barulho sabe,parece que ele ia “prum” lado e pra outro sabe...é assim que eu sentia”* (Esmênia); *“Parece assim, a sensação que eu tenho é que pegaram, pega uma faca e vão te cravando , é uma dor insuportável”*(Carla).

Há o reconhecimento de que a enxaqueca seja uma doença compartilhada por outras pessoas. Esta percepção gera conforto pelo fato de não ser a única a sentir dor. *“Eu*

conheço muita gente que se queixa de dor de cabeça, nossa! Por isso eu me conforto né, doutora, que não é só eu!” (Lara). Semelhanças e diferenças são identificadas entre a própria dor e de outros portadores de enxaqueca. Dentre as principais semelhanças percebidas pelas participantes estão: caráter pulsátil da dor, fotofobia, fonofobia, a intensidade da dor, nervosismo, indisposição, a dor “enjoadá”, localização da dor, sintomas associados e necessidade de buscar um tratamento para cefaleia. “Tem lá no serviço uma menina que tem, também é pulsado” (Fabiana); “Tem muita gente que tem que se fechar no escuro, tem muita dor de cabeça, quando ataca dá muita dor, e é essas dor assim, é dor terrível mesmo, quando dá, toda elas reclamam que dói muito a cabeça, que dói muito a cabeça, e é dor assim que dá, que dá uns nervosismo, que não quer que ninguém fale, sabe, tu grita, uma coisa assim, que deixa a pessoa assim, indisposta, sabe, né, é uma dor de cabeça, é uma dor muito enjoada, sabe”(Enara); “Ah, a dor do lado da cabeça, eles vomitam, vão para um quarto escuro, muitas vezes dizem até pra mim, assim, quando eu falo “Ai, como tu conseguiu sair?”, “Ah, se eu conseguisse uma coisa dessas” (Lara); “Minha mãe já teve muita dor e na época que ela teve eu não tinha. Mas eram crises horríveis, as crises dela eram horríveis. E ela tinha a mesma coisa que eu, essa coisa de latejar, de saltar as veias, tudo aqui em cima, horrível”(Elisa); “As mesmas coisas, assim, que nem eu tenho ela (prima) tem. Até de vômito, de passar mal, dá dor de cabeça nela. (...)que eu acho que vai resultar ela fazendo (buscando tratamento) que nem eu, né” (Marta).

Já no que diz respeito às diferenças identificadas entre as participantes estão: localização da dor, sintomas associados (náusea, fotofobia), modo de expressar o descontentamento com a dor, tempo de duração da dor, evolução do tratamento, busca por atenção terciária em saúde e intensidade das dores. “Tem pessoas que não dá náuseas, né, tem pessoas que tem que assim ficar três, quatro dias fechada no escuro, pra poder passar,né, tem umas que já dá náuseas,umas não dá.Então acho que isso varia duma uma pessoa e outra ,ne. Umas dói só de um lado, umas dói toda a cabeça”(Enara); “Olha, mas eu acho que são, porque da maneira como eu me queixo sabe, também muitos são por cansaço, por isso, eu não tenho muito tempo assim ó, porque eu sempre digo pra mãe assim, a mãe é muito queixosa”(Lara); “De diferente é que ela (a mãe) não tem mais, e eu tenho. Ela não tem mais, e eu acredito que ela tenha tido... Porque ela fez vários exames também e ela... Não sei como ela não tem mais. O tempo de enxaqueca dela era menor”(Elisa); “Ela (uma prima que também tem enxaqueca) vai no hospital fazer injeção, eu já não vou, né”(Marta); “A única diferença é que é mais forte (enxaqueca da nora). É mais acentuada”(Simone).

A capacidade de identificar semelhanças e diferenças entre a própria dor e a de outras pessoas está atravessada pela existência de um diagnóstico médico que defina/nomeie o que seja esta experiência de dor. A semelhança identificada entre a própria enxaqueca e a de outrem pode estar meramente pautada no diagnóstico, não existindo um compartilhar de conhecimentos provenientes da experiência de outrem que permita uma comparação com a própria experiência de enxaqueca. *“Uma colega minha que assim que falava eu tô com enxaqueca, eu tô com enxaqueca, mas eu não sabia o que era, sabe ... eu não sabia o que era, aí que tanto ela falar disso, mas eu não sabia, né, não sabia e aí depois eu descobri que eu tava tendo, né, aí eu não sabia, né. Conheço uma colega minha que tem(...)a dela é diferente, sei lá eu não sei porque eu nunca perguntei, sabe, nunca perguntei, nunca me interessei, sabe, porque eu também não sabia o que era eu nunca me interessei. Ela só falava “ai, hoje tô com enxaqueca”, aí eu nunca me interessei porque eu não sabia sabe, eu não sabia o que era eu não sabia ... não sabia o resultado não sabia nada...até hoje eu não sei o que ela sente, eu não sei o que ela sente”*(Esmênia).

A enxaqueca pode ser diferenciada da outros tipos de cefaleia. *“Sim, a minha nora (tem enxaqueca). Minha filha tem sempre dor de cabeça. Mas não sei se é enxaqueca.”*(...) *Ela (filha) tem, só não é tanto quanto a minha nora. Ela também tem dor de cabeça, não sei se é enxaqueca. Ela seguido está se queixando de dor de cabeça. Mas não que nem a minha nora. Minha nora tem crises. Crises e muitas vezes tem que ir pra postão, pra uma emergência, pra medicar na veia, pra aliviar a dor, se não, não alivia”* (Simone).

O conhecimento acerca da enxaqueca por vezes não encontra legitimação dos dados de primeira pessoa proveniente das portadoras de enxaqueca. As participantes relatam não saberem nada a respeito da enxaqueca e delegam a função de explicar o fenômeno da enxaqueca aos profissionais de saúde. O conhecimento da enxaqueca a partir da própria experiência por vezes não é considerado como legítimo. Mesmo existindo uma nomeação para o fenômeno através equipe de saúde, esta, entretanto, não se mostra suficiente para compreensão da enxaqueca. Os dados de terceira pessoa, por si só, não se revelam suficientes para entender o fenômeno, fazendo-se necessária a experiência de cada participante. *“Eu não sei nada, por isso que eu queria saber, porque eu não sei nada... porque que vêm? O que é que pode vim essa dor na cabeça (...)Vocês que estudam a medicina, tem alguma coisa a ver com isso? (Enara); “Olha, pra mim até hoje eu não sei (risos) não sei...(sobre o que seja a enxaqueca)...não sei...quero saber, quero saber(...)pra mim é dor de cabeça mas o que é eu não sei... eu quero saber(...) eu quero saber agora (risos). O doutor falou, mas eu não sei o que é. O doutor falou “ah é uma enxaqueca”, mas aí eu não sei (...)eu não sabia o que era, não sabia, eu imaginava que era uma dor de*

cabeça, mas não sabia o que era.....pra mim era uma dor de cabeça (...)não sei...é a dor, a dor desesperada, aí o médico falô que era enxaqueca....mas eu quero descobrir porque, como aparece, porque apareceu...qual a causa dela” (Esmênia); “Eu não sei nada (a respeito da enxaqueca). Eu sou leiga no assunto. Só percebo que me faz mal, que é a preocupação, a coisa que me faz mal” (Lara); “Ai, eu não sei nada a respeito da enxaqueca. Como tu quer saber? A dor, como é que é?” (Marta).

O conhecimento acerca do que seja a enxaqueca é em parte associado ao que os profissionais de saúde expuseram. Valida-se o saber proveniente do outro. Contudo é também expresso um saber vindo da própria experiência. Neste, a enxaqueca diz respeito a uma dor horrível em que se torna difícil pensar/refletir sobre qualquer coisa. *“No meu entender? Eu nem sabia o que era enxaqueca, né, fiquei sabendo aqui (ambulatório de cefaleia). Ai, é uma dor horrível, horrível, né, que tu não tem cabeça nem pra pensar nas coisa, sabe. Eu não consigo pensar em nada, se me perguntar uma coisa eu não sei, de tanto que ela dói. Daí eu não sei se é isso que tu quer saber...”*(Marta).

Observa-se também o reconhecimento de que os conhecimentos acerca da enxaqueca foram construídos a partir da experiência pessoal e adquiridos com ao longo da vida. *“Eu acho que foi do passar do tempo (que adquiriu conhecimentos acerca da enxaqueca). Do dia-a-dia mesmo, da luta, da convivência, indo no médico, tomando remédios, essa coisa toda vai pegando um conhecimento”* (Simone). Além disso, se reconhece que tais conhecimentos podem advir dos meios de comunicação. *“Assim de ver, de ouvir na televisão eles falarem que ter muita dor de cabeça é enxaqueca, não sei o quê, dependendo do modo da dor de cabeça, que eles avaliam também, né? É isso. Mas explicarem, olha a enxaqueca é isso, isso... não sei”* (Carla).

Representações – o que “passa pela cabeça”

Nesta categoria encontram-se os conteúdos psíquicos (pensamentos e sentimentos) evocados durante uma crise de enxaqueca e descritos pelas participantes.

Embora a maioria das participantes tenha referido a manifestação de conteúdos psíquicos durante a crise, algumas delas não apresentaram qualquer pensamento ou sentimento durante a crise, reportando apenas a sensação de dor. *“Não (surge qualquer pensamento ou sentimentos). Dor de cabeça é o que vem”* (Simone); *“Não, não consigo pensar em nada”* (Carla).

Os pensamentos evocados durante as crises de enxaqueca variam bastante entre as participantes. Dentre os pensamentos reportados estão: não tomar medicação, curiosidade de saber o que tem dentro da cabeça na busca de compreender a enxaqueca, idéia de rezar

pedindo auxílio ao plano espiritual, cronicidade da doença, busca por soluções para o alívio da dor, tentativa de compreender a atitude dos filhos. *“Ah, agora não vou tomar remédio também, ah, tô cansada também de tomar remédio, não vou tomar”*(Enara); *“Sabe, às vez porque passa um monte de coisa na tua cabeça...Aí um monte de coisa(...)vontade de bater a cabeça na parede...ai o que será que tem na cabeça né...aí dá aquela vontade assim...ai o que será ...aí a gente imagina um monte de (...)ai uma dor assim, ai que dor é essa assim, imaginei até abri a cabeça pra vê o que que tinha (risos)...até uma fantasia sabe(...)o que será que tem dentro da minha cabeça...vontade de abrir ela pra ver o que que tem....o que que tá sacudindo lá dentro né a gente imagina um monte é uma fantasia imensa(...)(risos). Na minha cabeça a fantasia foi essa aí eu digo “o que será que tem dentro da minha cabeça?”*(Esmênia); *“O que me vem é rezar, né. Rezar, pedir que eles me ajude, os espírito que me alivie, que me passe a dor”* (Bárbara); *“E eu, pensando assim né, poxa vida, o que é melhor? Isso não passa nunca, não vai passar nunca, quanto tempo vou passar com isso, tem que tomar remédio, dá vontade de morrer. Oh, porque é que eu não morro de uma vez? Não, tipo assim, que eu vá me matar, que eu queira me matar por causa da dor de cabeça, não é isso, mas a gente pensa no momento da crise que é tão terrível a dor, de dizer “Poxa vida, como uma pessoa vive assim? (...) Sei lá, é coisa assim procurando soluções pra passar a dor, uma maneira assim. Ai tão ruim, é muita dor”* (Elisa); *“Pensando nos meus filhos. Porque que eles estão fazendo isso comigo, entendeu?”*(Catarina).

Durante as crises surge o sentimento de tristeza associado ao fato de não poder realizar algumas ações. *“Ai, dá muita tristeza, a pessoa fica muito triste, né....ah tem algumas coisa que tu não consegue fazer, né(...)uma pessoa com dor que alegria tem... nenhuma, (riso) nenhuma, uma pessoa com dor que alegria tem ...não conheço nenhuma pessoa com uma dor alegre”*(Esmênia); *“Se ninguém me incomoda, me dá uma tristeza, eu começo a chorar, chorar, chorar e depois parece que desabafa e vai melhorando. Parece que é uma coisa que tá entalado na gente né”*(Lara). Outro sentimento evocado durante as crises de enxaqueca diz respeito ao sentimento de perda, se estar “pequena” e de se agredida. *“(sentimento) de perda, de perda(...) tu te sente muito pequena, pequenininha,sabe... agressões. É isso que me passa, posso te dizer”*(Catarina).

Impacto – Minha vida com Migrânea

Nesta categoria são apresentadas as dimensões de vida afetadas pela enxaqueca descritas pelas participantes. Além disso, são descritas as características físicas e psíquicas das participantes durante uma crise de enxaqueca, os sentimentos despertados acerca dos

comentários de outras pessoas ao perceberem a dor e as reações das participantes diante da dor. Por último, são apontados os piores problemas elencados pelas participantes relacionados ao fato de serem portadoras de enxaqueca.

A enxaqueca afeta diretamente a vida de alguém na sua relação com o trabalho, através de afastamentos, faltas ou diminuição na produtividade. *“E são dias que eu não rendo, aí tu já vê, trabalho com vendas, pode olhar minhas vendas, eu não vendo. Pra mim vender, é alguém que vai direto me procurar, que vai direto a mim, porque eu ir procurar alguém eu não vou, então quer dizer que ela (enxaqueca)afeta. Eu não tô produzindo nada, eu tô socada em qualquer canto lá, perdida no mundo pra não me acharem, só tô com o corpo presente, pra dizer que eu tô aqui, mas não fale comigo”* (Fabiana); *“Pode afetar uma pessoa que trabalha no horário de trabalho, pode faltar trabalho. Isso afeta, tudo prejudica”* (Simone).

Segundo as participantes, a dimensão psicológica também se revela bastante afetada pela enxaqueca. Nesta, sofrem prejuízo: o humor, a capacidade de sentir prazer e de planejar ações. *“E ataca e muda, porque, realmente, teu psicológico muda, tu muda os teus sentidos, tu perde a noção, tu não quer ficar no quarto, tu não quer ficar no escuro, tu não quer ouvir a voz, tu fica irritada, tu, realmente, fica irritada (...) Até um certo ponto ela me irrita, me irrita, porque eu vejo as pessoas e tenho vontade de me botar, mas não que eu faça disso a ponto de deixar de fazer os meus afazeres por causa disso, mas me irrita. (...)Tem umas partes que eu choro muito, aí se tu falar comigo, até um ai mais grosso aí eu choro, choro, choro, até não poder mais”*(Fabiana); *“Às vezes eu tenho vontade de fazer alguma coisa e justamente no dia que eu penso em fazer alguma coisa justamente aquele dia vem a dor de cabeça, aí eu acabo fazendo o quê? Nada ! Não faço nada”*(Enara); *“Fico mal humorada, irritada, brigona, aí eu fico bem irritada... aí eu já digo "não chega perto de mim que eu tô com dor de cabeça", aí ninguém me incomoda, sai de perto sabe(...)uma pessoa com dor não tem prazer pra nada né, uma pessoa com dor tu tá rindo, brincando, cheia de dor não tem prazer pra nada... sabe, não tem prazer pra nada mesmo”*(Esmênia); *“Então eu não posso assim... me programar pra alguma coisa. Digamos assim que eu tenha um casamento aqui um mês, tá tudo bem, uma festa assim... mas eu não sei se no dia eu vou estar bem. Até meu aniversário, caso eu comemore, vou fazer sessenta anos, eu vou... Queria fazer alguma coisinha assim, quer dizer, tem que programar e imagina se no dia eu tô naquelas crises terríveis, estraga tudo, né. Se eu programo uma festinha assim receber os meus amigos, ou eu ligo desmarcando com todo mundo ou eu vou toda me arrastando, então eu fico... Não tem como eu me programar. Hoje eu tô boa, amanhã já não to. A única coisa que eu tenho que vir me arrastando é se*

eu tiver uma consulta, médico ou coisa assim, se eu tiver uma consulta da cefaleia, eu tenho que vir né, me arrastando, porque sei lá, se eu não vier na minha consulta, até perco. Sei lá daqui quanto tempo vou conseguir a consulta. É assim, mas se tiver algum outro compromisso, desmarco né. (...) É muito ruim. A vida é assim, mas não vou dizer que a minha vida não presta, não vale nada por causa dessa enxaqueca. Eu digo, eu tenho uma vida normal, teria uma vida ótima se não fosse a enxaqueca. Então eu vou contornando, contornando como eu digo, não tenho crises todos os dias, mas é uma coisa que qualquer momento eu posso ter (...) Outro dia, nem tomei banho porque tava tão ruim e não queria nem me levantar pra nada, sabe, e me arrastando. Não, vou ficar encolhidinha no meu canto. Nem foi um dia, foram dois dias que nem tomei banho. Levantar, deitar, levantar e deitar, só ir ao banheiro por necessidade sabe. Nem falar, nem fazer nada” (Elisa); “ Se a pessoa tem um compromisso e dá uma crise de enxaqueca, não tem condições de assumir, isso aí afeta nesse sentido, que eu penso(...) Às vezes a gente tem que sair, ou até mesmo tem que vir no médico. Hoje mesmo, se eu tivesse que vir e estivesse com dor de cabeça, já estaria bem mais difícil. Porque dá dor de cabeça, dá tontura, dá aquela vontade de ficar deitada. Então, de alguma forma, ela afeta” (Simone).

A enxaqueca afeta o indivíduo retirando sua liberdade para realizar as próprias vontades. *“Eu acho que ela não te dá liberdade pra ti fazer o que tu quer... muitas vezes tu tá com vontade de fazer alguma coisa e na hora que tu quer fazer aquilo dá aquela dor de cabeça e ela te impede de fazer, porque não deixa fazer, quando tá com a dor forte mesmo, tu não consegue fazer(...) Às vezes eu tenho vontade de fazer alguma coisa e justamente no dia que eu penso em fazer alguma coisa justamente aquele dia vem a dor de cabeça, aí eu acabo fazendo o que? Nada ! não faço nada” (Enara).*

As atividades de lazer e o convívio social por vezes tornam-se prejudicados. *“Não é fácil porque às vezes nem sair de casa... Eu saio, não vou dizer que eu não saio e fico só dentro de casa. Mas é só isso né, comer, beber e dormir. Não digo assim que eu tenha uma atividade, uma atividade física, como se diz, lazer(...) Não tenho (atividades de lazer). Tenho assim de encontrar com amiga, ir na casa, conversar, bater um papo, jogar conversa fora. Mas só isso” (Elisa)*

Dentre as relações interpessoais, os vínculos conjugais foram considerados como alvo de impacto de enxaqueca, culminando em isolamento, brigas ou preocupações por parte do cônjuge. *“Fico mal humorada, irritada, brigona aí eu fico bem irritada... aí eu já digo "não chega perto de mim que eu tô com dor de cabeça", aí ninguém me incomoda, sai de perto sabe... com marido tudo... aí o marido sofre(...) aí eu brigava bastante com ele brigava... aí eu sinto meio, ficava muito no escuro fechava a casa e ficava quieta... que a*

luz também me incomodava... sabe... a claridade me incomodava também quando eu tava com aquela dor...ah, daí ele dizia "que fica na escuridão" eu dizia "quero ficar na escuridão"... ele se irritava também, né, aí então dava muita...dá muita briga"(Esmênia); "Meu marido nota, ele fica muito preocupado, não me deixa nem ir no banheiro sozinha, ele tem medo, que já aconteceu de eu desmaiar com essa dor, né. Dentro de uma lotação, me acordei que eu não sabia nem onde é que eu tava. Então, ele fica com medo, ele fica apreensivo(...) Ele procura muito me ajudar, fica sempre em volta. Se eu tô na cama, ele pergunta se eu quero uma água, se eu quero algum remédio, se eu preciso de alguma coisa, se eu quero tomar um leite. Ele é meio chato, fica toda hora assim"(Bárbara).

Embora possam ser apontadas algumas dimensões da vida afetadas pela enxaqueca de modo especificado, a dor encerra por afetar o indivíduo em sua relação com o mundo de forma global. *"Pode doer tudo no corpo da gente, mas doendo a cabeça tu perde o rebolado pra trabalhar, pra tudo, tu não consegue raciocinar de forma nenhuma. Tu quer, tu pede pra morrer. Tu não come, tu não passeia, tu não conversa com ninguém, tu não faz negócio, tu não trabalha, tu não sorri, tu não vive" (Lara); "(Afeta) um monte. A princípio assim, quando tu tá com as tuas dor, tu não tem vontade de falar com ninguém, às vezes tu tem coisa pra resolver com teus filho, com a tua família e não consegue, né. Muita coisa que tu tem pra fazer, ou orientar, ou perguntar, ela atrapalha em muito. Atrapalha bastante(...) Atrapalha em tudo, né. Qualquer coisa que tu tenha pra fazer, uma coisa que tu quer fazer, uma coisa que tu tenha que sair é muita coisa que tu, tem pra resolver e ela te impede bastante.(...) Tu não consegue te concentrar no que tu tá fazendo. Ela te tira fora do ar, totalmente. Mesmo que tu tente, tu não tem condições. É horrível, sabe? Atrapalha bastante em tudo. Já tive viagem, passagem comprada e perdi, ela apareceu e eu não pude viajar, nem o meu marido, a gente ia passear um pouco" (Bárbara); "Ai, como é que eu vou te explicar...é um negócio cansativo, a minha vida é cansativa,entendeu, a minha vida é cansativa. Eu tô...sempre quando eu levanto é tudo a mesma coisa,eu vou arrumar as camas , já começa a dor de novo, sabe..."(Catarina); "Qualquer coisa que for fazer, tu tando com dor tu não... te deixa assim, como é que eu vou dizer, imóvel, né.Me atrapalha em tudo. Quando eu tô com muita dor me atrapalha assim um monte.(...) Tu não consegue fazer nada, tu não tem rendimento,né. Tu fica , bem dizer, é uma pessoa inútil, né. Quando tu ta com dor, tu não consegue, diz nem, tem dores que eu tenho que me dói que eu não consigo nem abrir os olhos. Então, quer dizer, inútil. Eu me sinto inútil"(Carla).*

A enxaqueca pode, ainda, ter dificultado realizações importantes ao longo da vida de cada participante, seja impossibilitando algumas ações ou interferindo qualitativamente

na execução das mesmas. *“Afeta no trabalho, afeta no humor, afeta tudo. A gente não progride muito quando tem. Eu acho que eu poderia ter progredido muito mais na minha vida. Eu deixei de estudar a noite, por exemplo, assim, eu queria ter me formado, queria ter feito uma faculdade, isso aí ó, atrapalhou muito na minha vida. (...) Eu deixei de brincar muito com a minha filha, deixei de me divertir na vida, sabe. Muitas vezes meu marido queria sair, e eu não saía com ele. Sorte que ele foi compreensivo e acho que nosso casamento se deu um pouco rotina por causa disso também né. Isso afeta, a dor afeta a vida de qualquer pessoa. Eu acredito que não só a minha, é muita gente né”* (Lara); *“Sim (afeta a minha vida), de acontecer, assim ó, eu não poder levar a minha guria no colégio de tá com dor de cabeça. Quer dizer que prejudica um monte, né?(...)Que nem eu, naquele dia não consegui nem levantar da cama pra levar a minha filha na escola. Quer dizer, atrapalhou um monte,né. Até teve um dia que ela perdeu a aula porque chovia muito e eu não ia botar a minha mãe pra rua com aquele tempo. Quer dizer,atrapalhou um monte, perdeu aula, perdeu prova, por eu não ter condições de levar ela no colégio”*(Carla).

Embora todas as participantes reconheçam a existência do impacto da enxaqueca sobre suas vidas, para Marta é difícil expressar como isto ocorre. *“Sim (a enxaqueca afeta), mas eu não sei te dizer, assim como, sabe?”*. Há, ainda, quem considere que a doença tenha deixado seqüelas no processamento emocional. *“Sim, só que as seqüelas ficam (...) O sistema nervoso foi bastante abalado(...) Assim ó, eu sou bastante fraca dos nervos... E quando situações assim, eu sinto muita tristeza... Quando alguma coisa assim, ameaça destruir a minha família, por exemplo, aí e fico assim, o mundo cai. Como dizem, balança, mas não cai(...) E eu me ergo de novo(..) Eu vou lidando com as coisas que... Deus me dá forças”*(Lara).

As participantes referiram alterações em seu estado psicológico durante uma crise de enxaqueca. Dentre os adjetivos utilizados para caracterizar alguém em crise de enxaqueca estão: irritada, nervosa, quieta, chata e estúpida. *“Não tem descrever, é uma sensação que tu fica enjoada do estômago, tu fica irritada, sabe, tu perde, tu já é uma pessoa quieta, tu vai ficar mais quieta ainda e se tu é uma pessoa de bem com a vida tu vai ficar totalmente de mal com a vida, tu pega implicância até com a simples caneta que tá fora do lugar, a comida, tu não tem vontade de comer, porque nada tu tem vontade, tu não tem vontade de comer, tu só quer tá deitada num quarto (...) mas tu te torna uma pessoa chata porque naqueles momentos, no meu caso, eu não quero sair do lugar onde eu estou, então eu quero que todo mundo se adapte a como eu estou naquele momento que eu preciso de silêncio. Aí eu me torno uma pessoa chata”*(Fabiana); *“Acho que a pessoa fica,*

assim, meia, como é que eu vou dizer? Não fica tratável. Eu fico meia estúpida, não quero falar com ninguém, tu me faz uma pergunta quando eu tô com dor eu fico irritada. Acho que a pessoa não fica a mesma coisa, acredito eu. Que eu fico bem xarope” (Bárbara); *“O que eu posso dizer, me deixa irritada, é uma dor irritante(...) (uma pessoa com enxaqueca fica) Irritada, ah...nervosa, largando estupidez para os outros”*(Catarina). Além disso, uma pessoa em crise de enxaqueca pode apresentar alterações no seu comportamento e no modo de interação social. *“Procuro fugir de todo mundo que eu não suporto que falem comigo quando eu tô com essa dor. Quero fugir, deveria fugir da dor, mas fujo das pessoas, eu não sei fugir da dor”*(Bárbara).

A necessidade de estar em constante estado de alerta foi apontada como uma característica do portador de enxaqueca. *“Eu acho que é uma pessoa, assim que não tem sossego, ela é uma pessoa que tá sempre alerta a alguma coisa, porque agora ela tá bem e daqui a pouco não tá. Então ela não sai tranquila de casa. Ela tem que sair com o remédio, ela tem que sair sempre preparada porque pode tá bem agora e daqui a pouquinho não tá, né? Então ela tem que tá sempre alerta”* (Enara).

É reconhecida uma diferença entre como é alguém dentro e fora de uma crise. Fora da crise o indivíduo é considerado “normal”. *“Eu acho assim, tu não tando nas crises é uma pessoa normal (...) Ah, (na crise) é bem diferente daí, sabe. Não queria barulho, não queria pergunta, tudo isso acontece, né.(...) Fico bem quieta, não dá nem pra falar”*(Marta).

Quando as pessoas lançam comentários ao perceberem que as portadoras de enxaqueca estão em crise, estes evocam diferentes sentimentos nas participantes. Elas podem se sentir chateadas, indiferentes, incomodadas, revoltadas ou censuradas. *“Ah, às vezes eu fico chateada, né, mas não tem o que fazer mesmo, né, eu tô mesmo, né?”*(Enara); *“Ai eu... me sinto, sei lá, me sinto, às vezes eu não dou bola, às vezes eu fico meio assim... às vezes me incomoda e às vezes não”*(Esmênia); *“Me revolta.”*(Catarina); *“Ah, a mãe diz “Bah, tem que conviver com a tua dor” eu “ Ah , meu Deus não posso nem falar que eu tô com dor,né?(...) Me sinto mal , né?”* (Carla).

Os sentimentos despertados pelos questionamentos dos outros quanto à presença da dor difere entre grupos sociais. Para Fabiana, os comentários dos colegas de trabalho não mobilizam não tanto, *“Hoje, com eles (colegas de trabalho) eu já até nem...”*. Já com os clientes da loja onde trabalha ou pessoas que estejam em espera para atendimento médico, mobilizam agressividade e impulso de expressá-la através de atos. *“Mas se falam comigo eu tenho vontade de me botar, sabe, não fala comigo que eu tento te morder”*. Está presente a crença de que ninguém tem culpa da existência da dor. Para não agredir aos

outros, a agressividade é dirigida para si mesma, através de atos como se beliscar e se morder. A auto-agressão é considerada como mais civilizada em comparação ao ato de agredir a outrem. *“Tava com aquela dor, aquela dor, ele(outra paciente) falou e, por Deus, eu ia me botar nele, aí eu vi que a coisa, eu me mordida, eu me mordida, a dor era tão forte, eu me mordida todinha. Sabe se eu não podia me botar em ti eu tinha vontade de me morder, eu mordida. Hoje não, eu já tô mais civilizada, eu fico lá, sentada, me beliscando, mas é horrível”* (Fabiana). A dor associada a situações de estresse altera o comportamento, permitindo a liberação de agressividade *“É isso, tô com dor e alguém me incomoda nesse momento, sou capaz de tirar a vida ou tirar a vida de alguém. Eu penso assim. Como digo pro R. (esposo), tu é bem maior que eu, mas eu me boto em qualquer tamanho, tenho coragem pra tudo daí”*(Lara).

A imprevisibilidade da chegada da dor e a impossibilidade de controle sobre ela geram um sentimento de medo constante no portador de enxaqueca. *“Eu já ando com tanto medo, tão apavorada que parece que eu vou entrar em pânico, de medo dela vir, como ela veio ontem, insuportável. Já outras vezes, de eu perder o sentido, então eu tenho muito medo dela”*(Bárbara). A melhora das dores é vista como um “milagre”. Estar sem dor por cerca de uma semana é considerado como bastante tempo. Ficar sem dor parece fazer esquecer que já a sentiu algum dia. Momentos sem dor são considerados como momentos de “paz” e fazem parecer que a dor não voltará mais. *“Eu fiquei uma vez, acho que uma semana sem dor, sem nada, nem dorzinha, nem dor, nada. Não me lembro quando, mas lembro que foi bastante tempo, que até falando pra uma amiga minha, falei pra ela, eu disse pra ela... “Ah, como é que tu tá? E as dores?” Eu disse que pra falar a verdade, fazia uma semana que tava sem, e quando tá sem dor, tu nem lembra, parece que tu nunca teve dor, daí a pouco começa tudo de novo. Então eu já tive alguns momentos de paz, parece que tu nunca mais vai ter dor, e aí sem mais nem menos, volta tudo de novo”*(Elisa).

As participantes elencaram como piores problemas de serem portadoras de enxaqueca: incapacidade de exercer as próprias vontades quando se está com dor, impossibilidade de planejar a realização de determinadas ações, incompreensão e desrespeito por parte das pessoas, sintomas associados (fotofobia), isolamento social, dificuldade em cumprir certos compromissos. *“Eu sempre gosto de fazer o que ela (filha) gosta de comer e aí eu fico nervosa porque eu gostaria de fazer o que ela pediu e eu não posso fazer, porque aí eu vou pra fazer e aquela cabeça que lateja não me deixa fazer, e aí quanto mais nervosa eu fico mais lateja a cabeça. Aí não adianta eu ...que não dá certo. Aí é o pior momento pra mim, a pior coisa pra mim é isso aí”*(Enara); *“ Olha, é um problema bem sério, porque tu não sabe quando que ela vai vim, quando que ela vai sair, que hora*

que ela vai chegar, tu não consegue te programar na tua vida. Às vezes tu diz: “Ah, vou almoçar amanhã lá contigo”, a pessoa fica te esperando, fica contando que tu vai, chega na hora... ou às vezes antes, de noite, tu teve aquela dor horrível, de dia tu não tem prazer pra nada, pra nada, tu não tem como programar nada na tua vida, nada”(Bárbara); “E tem meu filho né, que mora comigo e fica o dia todo e era tipo “Bah, mãe, todo dia dormindo?(...) Meu filho sabe que eu tenho essa dor, mas acho que nem ele, ele é adulto, mas acho que nem na cabeça dele entra, como eu fico, só de olhar pra minha cara assim, de ver a dor que eu tô”(Elisa); “Tem o barulho, assim, tu tem que ficar isolada” (Marta); “Os piores problemas, de quem tem enxaqueca? Acho que é isso aí, atrapalhar no dia a dia. Na função do dia a dia. Afeta. Os piores problemas é afetar um horário que tu tem compromisso. Muitas vezes tem que deixar de cumprir o compromisso numa crise de enxaqueca.”(Simone); “O que é que eu vou te dizer... que as pessoas, né, em volta, ah, como a minha mãe, a minha irmã, tivessem um pouco mais de respeito, sabe, quando eu tô assim...pra mim é isso aí”(Catarina); “Os piores problemas de quem tem enxaqueca...acho que é da dor atrapalhar pra ti fazer as coisas, seria isso, né, que, enfim, atrapalha,né. Qualquer coisa que tu queira fazer tu não consegue fazer bem feito, né”(Carla).

Tratando a doença

Esta categoria abrange conteúdos relacionados à concepção de tratamento das participantes e a compreensão quanto aos seus objetivos. Além disso, reporta o modo como as participantes se relacionam com o seu tratamento, como avaliam as dores antes e após o início do tratamento e qual o percurso realizado até obterem o tratamento com a Neurologia. Além disso, apresenta os fatores motivadores encontrados pelas participantes para buscar o tratamento para migrânea, as expectativas quanto ao prognóstico, o julgamento quanto a eficácia do tratamento e aspectos relativos à relação médico-paciente.

Para as participantes deste estudo, estar em tratamento significa estar em acompanhamento médico e fazer uso de medicações para cefaleia. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre representa o local onde é realizado todo o tratamento. “(tratamento)Só médico mesmo” (Bárbara); “É assim ó, esse (remédio) que ela deu aqui é um e meio toda noite, tem aquele outro cinco dias, duas vezes ao dia. É o único tratamento que eu tenho”(Marta); “(tratamento) É só com o remédio. Quando começa a dor de cabeça eu tomo o dipirona, eu tomo o paracetamol ou o naproxeno, que a doutora me indicou também”(Simone); “(tratamento) é só este remédio. Não tem outra coisa.(...) é aqui (HCPA) que eu faço todos os meus tratamentos” (Catarina). Diferindo das demais participantes, a concepção de tratamento para Lara, engloba os cuidados com a alimentação

e a realização de atividades físicas. “*Eu cuido a alimentação, eu sei que eu não posso jantar de noite, encher meu estômago de noite, sei que eu não posso fazer isso, porque eu não durmo e ali vem a dor de cabeça. A não ser que eu vá a um jantar dançante, ou algo assim, que a gente dança, faz um exercício depois. Se jantar e ir pra cama, assim, ou ficar acomodada no sofá olhando filme, não dá pra mim. Eu me avalio eu mesma. Eu faço caminhada*” (Lara).

Estar em tratamento pode significar estar em um processo necessariamente eficaz de alívio da dor. A ineficácia das medicações em uso atual faz parecer ao indivíduo não estar em tratamento. “*Tratamento? Nenhum, acho que só remédio. Nem exercício, nunca ninguém me disse “Ó, tu tem que fazer um exercício assim, que melhora isso, melhora aquilo” Nunca ninguém me indicou nada assim pra fazer*” (Elisa); “*Toda a meta de um tratamento é a cura, né?*” (Simone).

O entendimento acerca dos objetivos do tratamento varia entre tolerar a enxaqueca, diminuir a intensidade e/ou a frequência das crises e atingir a cura. “*Se eu não me tratasse eu não ia aguentar, eu tenho certeza que eu não ia aguentar, porque se eu não tivesse, se o medico não tivesse acertado ali o tratamento pra mim, eu acho que eu não sei se eu ia estar aqui, porque eu não sei se eu teria aguentado a dor. Acho que o meu “cérebro” já teria explodido*” (Enara); “*O objetivo é reduzir as dores, eu acho. É tudo que eu espero*” (Bárbara); “*Ai, cura, ela sumir...é a cura, sumir ela*” (Esmênia); “*(objetivo do tratamento) É melhorar, não sentir dor de cabeça, né doutora?*” (Lara); “*Ué,(o objetivo do tratamento é) me curar, me curar ou diminuir a intensidade das crises, da dor*” (Elisa); “*Meu tratamento, a finalidade é que consuma com a minha dor,né*” (Carla).

O tratamento para enxaqueca é permeado pela expectativa de melhora das dores. Além disso, está presente o sentimento de ambivalência com relação ao tratamento, pois oras é considerado satisfatório, oras frustrante. A frustração se refere ao fato das medicações prescritas pela equipe médica não apresentarem a eficácia esperada pelas participantes e pelo reconhecimento da enxaqueca enquanto uma doença crônica. “*É bom (estar em tratamento para dor de cabeça). A gente sempre vem com a intenção de melhorar, né? Quando a gente descobre que nunca tem cura, né?*” (Fabiana); “*Foi difícil até o médico achar o tratamento certo pra isso, né, ele foi, foi, até que ele achou o tratamento que, graças a Deus, hoje eu to com o tratamento(...).Tem dias que dá pra aceitar(o tratamento), agora tem dias que não dá pra mentir, não dá para ficar a vontade*” (Enara); “*Olha, em relação ao tratamento, tu sabe que é uma coisa que não é boa, mas tu tem que fazer, porque se com o tratamento tá ruim, sem o tratamento vai ser bem pior. Então tu sente assim, mas tem que ir, não adianta, te ajusta pra ter recursos, pra*

ter ajuda, pra melhorar. Mas não deu, não deu, paciência, né? Só que tem uma coisa, eu não vou dizer que não tá dando resultado, como eu acabei de te falar, três meses ela tinha desaparecido. Então, como antigamente ela nunca me dava trégua, eu acho que alguma melhora tá dando. Porque eu tô num espaço bom, três meses sem sentir nada de dor de cabeça. Só que aí agora ela retornou, mas tamo lutando, quem sabe com o tempo espaça mais?” (Bárbara); “É isso que eu digo então, dá uma coisa (medicação), dá outra, nada dá certo. Pô, não tem tratamento pra mim?” (Elisa); “Pra mim não resolve nada, não tá resolvendo nada” (Catarina); “Mas tu toma remédio, como eu te disse, parece que alimenta a dor, né, porque não adianta em nada muitas vezes (...) Hoje até eu tenho uma consulta com ele (médico), vamos ver agora se eles arrumam uma solução porque tá brabo o negócio, até agora não fez efeito nada do que eles me deram. Tenho nada pra dizer sobre o tratamento, porque até agora nada fez efeito, né. Todos os outros tratamentos que eu fiz até agora, nada deu. (me sinto) ruim, mal, né, porque até agora não teve solução de nada, né. Nem amenizar, assim até de repente alguns exames fazer, não sei” (Carla).

A relação com a medicação também é permeada pela ambigüidade. Se por um lado a medicação alivia a enxaqueca, por outro gera frustração devido reconhecimento dos efeitos colaterais adversos. *“Eu me sinto bem, acho que eu engordei bastante, mas eu acho que um tratamento... Eu era bem magrinha, sabe... Fazia tratamento psiquiátrico, e eu tinha endometriose e fazendo aquelas injeções pra não menstruar e tudo assim, e nessa parte sim eu me sinto um pouco frustrada, mas sei também que eu não vou voltar mais aos 20, 25 anos e também não quero ser uma Vera Fischer da vida, não tem porquê. Eu não vivo da minha beleza, eu vivo do fruto do meu trabalho, então só não posso exagerar que não faz bem pra mim né” (Lara); “É ruim, porque tomar remédio pra uma coisa faz mal pra outra, né? É complicado. Bem complicado. Se tu toma um remédio pra aliviar a dor de cabeça tu estraga o estômago, ou, se tu faz um tratamento, ataca a bronquite. É difícil acertar uma medicação que funcione pra um lado e não prejudique o outro. Principalmente que eu já tenho problema de fígado, problema de esôfago, é complicado a medicação (...) A não ser de não fazer bem o remédio, é tranquilo. Eu estava me sentindo até bem com esse tratamento (para enxaqueca)” (Simone).*

A forte intensidade das dores gera desespero e o impulso de tomar vários medicamentos com o objetivo cessá-las, mesmo o indivíduo sabendo que o abuso de medicações seja inadequado. *“Aí eu tomo tudo que tem na cozinha, tudo que tem de remédio, eu sei que é errado, que não vai passar, mas a dor é tão forte que eu entro em desespero” (Fabiana); “Ele (médico) proibiu eu de tomar, que eu tomei muitas doses sabe de... desse Paracetamol. Ele disse que quanto mais eu tomava mais dor de cabeça eu tinha*

que era pra eu parar um pouco(...) eu acho que fiquei meio viciada nos analgésicos” (Esmênia); *“Pra mim foi bom né (estar em tratamento), porque aliviou os sintomas bastante, né gurias, porque olha só, com dor de cabeça e eu tomando só esses analgésicos, aí toma e acalma a dor, aí toma dorflex, toma isso, toma aquilo, por fim eu tava com uma gastrite enorme no estômago. Me tratei lá no Beneficência com a gastrite que eu tinha e era só desses analgésicos comuns comprados assim na farmácia a Deus dará e tomava aos montes, eu acho que até podia dar um treco, até podia dar um infarto em mim essas coisas, tomando e tomando, não é verdade?”*(Lara). Quando surgem novas medicações lançadas na mídia, estas são experimentadas, mesmo não revelando a eficácia esperada. *“Aí tem na propaganda remédio tal pra enxaqueca. Vou lá e compro pra ver. Teve um que lançaram aí, dizia que era coisa de ouro, pra enxaqueca. Comprei, mas não adiantou”* (Elisa).

A resistência por ingerir remédios para cefaleia representa um outro tipo de relação com a medicação encontrada neste estudo. *“Ninguém gosta de tomar remédio. Eu sou uma que não sou nem um pouco hipocondríaca. Tem horas que eu resolvo que não vou tomar mais, aí resolvo não tomar. Fico dois, três dias e enlouqueço, aí volto, né, não vou tomar, volto a tomar de novo”*(Fabiana); *“Eu tenho que tomar a medicação, porque às vezes eu tenho vontade de não tomar mais, e aí se hoje começa a doer eu digo “não, eu não vou mais tomar o remédio, não vou, vai passar, não vou tomar(...)Daí quando a dor aperta forte, forte, forte, aí em vez de eu tomar um comprimido eu tenho que tomar dois... e não é pra ser assim... não é pra ser assim, não é pra ser assim, porque aí esses dois comprimido me prejudica o estômago”*(Enara); *“No começo do tratamento pra dor de cabeça, no começo das crises, eu não tinha tanto problema de fígado, de esôfago. Isso aí vai fazendo uma mistura, um coquetel de medicação e acaba melhorando uma coisa e piorando outra. Então, tudo o que a gente puder evitar de entrar com medicação”*(Simone).

O tratamento continuado integra a rotina do indivíduo. O acompanhamento médico no ambulatório ganha caráter ritual e se adapta à necessidade e evolução do quadro clínico. *“Hoje já está, já faz parte da minha rotina, eu sei que de seis em seis meses eu tenho que vir aqui, já é tudo meio que programado, já faz parte, que, tanto em tanto tempo tenho que tá lá, antigamente eu vinha mais, de dois em dois meses, de três em três, né. Agora já é de seis em seis, então ele já faz, já é mais um item a acrescentar na minha agenda, que nesse período tem que vir aqui”*(Fabiana).

O percurso traçado para chegar ao acompanhamento no ambulatório de cefaleia envolve a passagem por diversas clínicas médicas. As participantes já realizavam acompanhamento com médicos de outras especialidades, partindo destes o

encaminhamento para o tratamento específico da cefaleia com uma equipe da Neurologia. Para algumas, o tratamento não teria sido alcançado caso não houvesse a necessidade de tratar outra questão de saúde. *“Foi a própria gastro que me encaminhou, em função do intestino, que ela me encaminhou. Eu sempre questionava porque tinha dor de cabeça, por isso foi ela que me encaminhou o tratamento. Até eles me encaminharem, a gastro me deu o encaminhamento e eu já tinha crises fortes em casa. Acho que levei um ano até começar, me chamaram. Foi, foi um bom tempo”* (Fabiana); *“Ah, eu reclamei pro doutor, “ai doutor eu não aguento mais a dor de cabeça” né, o doutor, a pneumologista, né....sabe que eu não aguento mais de dor de cabeça porque aí eu pedia pra ela, “ai, doutor me dá uns Paracetamol que eu não aguento uma dor de cabeça imensa”, daí ela me encaminhou né....ah então vou te encaminhar...aí foi isso, mas eu nem sabia o quê que era, né....nem imaginava que era, nem imaginava, nem sei como direito como que eu vim parar no grupo sabe* (Esmênia); *” Ele (psiquiatra) me encaminhou pra cá. E aí eu comecei a fazer o tratamento e comecei a melhorar”* (Lara); *“Eu tenho hipertensão também, já tive problema cardíaco, que até do cardiologia que me encaminharam pra cá”* (Bárbara); *“Ai, eu nunca ia procurar (o tratamento para enxaqueca). Eu fui encaminhada pra cá porque eu tinha miomas e cistos, daí ela me deu esse comprimido, né, pra não ficar mais menstruada. Aí eu tive que falar pra ela que eu não podia, que ia me dar mais dor de cabeça. Foi onde ela me encaminhou pra o doutor da cabeça, porque eu não ia me tratar, eu acho, se não fosse aqui, né”* (Marta); *“Não lembro. Eu saía no clínico e tomava remédio. Quando eu busquei o otorrino foi através da pneumo, um foi encaminhando o outro. Através da pneumo, que eu estava tendo muita crise de sinusite, a pneumo encaminhou pro otorrino. Então o otorrino fez a cirurgia e encaminhou pra neuro. Isso vem numa seqüência. Uma seqüência de médico pra médico (...) Estava sempre com dor de cabeça, daí fui no otorrino, daí eu fiz cirurgia de sinusite, aí o otorrino encaminhou pra neurocefaléia, né, que foi encaminhado através do otorrino. Em primeiro lugar eu busquei o otorrino, né? Mas como a dor continuou, ele passou pra neuro pra ver se a gente consegue minimizar a dor de cabeça”* (Simone); *“Porque, ah, as outras consultas que eu tenho, eu tive enfarto, sabe... a C., a minha doutora daqui, é ela que me encaminhou para a neurologista, entendeu?”* (Catarina).

As participantes entendem que o tratamento para cefaleia com um neurologista não está acessível para todos os seus portadores e que seja difícil realizar o encaminhamento a partir de outra especialidade médica. *“Sabe, como foi difícil pra mim, se eu pudesse ajudar eles (outros pacientes), às vezes só me calo, só escuto. Porque eu sei assim que não tem pra todo mundo, né, doutora. O que eu faço na minha oração de noite é pedir pra que*

Deus ajude eles” (Lara); “Só que ela (nora) não está em tratamento, ainda não conseguiu chegar em um neurologista ainda, pra fazer um tratamento, pra fazer um acompanhamento. Só vai no clínico, e, sabe como é que é, pra encaminhar, é difícil dela conseguir” (Simone).

Enquanto para algumas participantes as primeiras tentativas de buscar um tratamento para enxaqueca datam da infância, para outras só vieram a ocorrer na idade adulta. *“As primeiras vezes que eu fui, que eu devia ser menor, que a mãe me levava, remédios que eles davam analgésicos, né, fazia teste de visão, essas coisas assim” (Carla); “As primeiras tentativas não, foi uma tentativa. Esse médico neurologista que eu falei, eu fazia tratamento com ele, trabalhava no banco. Ele era neurologista, mas ele não era assim tipo terceirizado no banco, ele era do banco. Médico de trabalho com especialidade em neurologia. (...) Foi aí que eu comecei, depois aí né... depois fui procurando outros médicos” (Elisa).* Para Enara, as primeiras tentativas de buscar um tratamento para enxaqueca surgiram a partir de longas internações no próprio HCPA com sintomas de muita dor de cabeça e muita dor de estômago. *“Eu fiquei muito tempo internada, muito tempo internada. Aqui no Clínicas mesmo, as minhas internações foram todas aqui, foi muito tempo (...) muita dor de cabeça, dor de estômago, que me dava muita dor de estômago, né, muita, muita, dor de estômago, porque a princípio eu não me alimenta, porque elas eram mesmo da minha dor de cabeça forte, que me dava e eu não conseguia me alimentar, e se eu me alimentasse também eu vomitava porque era muita dor de cabeça que me dava”.*

O conhecimento da existência de um tratamento para cefaleia foi obtido após longo período de manifestação da doença. Acreditam que caso soubessem da existência do tratamento anteriormente não haveriam sofrido tanto. *“Se eu soubesse (que havia tratamento) não tinha sofrido tanto que nem eu sofri (risos). Eu tinha procurado bem antes, mas é tudo a oportunidade, né... então se eu soubesse que tivesse tratamento” (Esmênia).*

Em relação à percepção da eficácia do tratamento, observa-se que as participantes consideram que o tratamento tem sido bastante eficaz, embora ainda haja a expectativa de melhora. *“A dor tá aliviada, tá aliviada bastante, né, porque antes era muita dor de cabeça... doía até o olho, o nariz, tudo, a cabeça, aí até ânsia de vômito dava e fazia tudo sabe... e aí eu me irritava, me irritava bastante” (Esmênia); “Não foi assim dia pra noite né, aí eu fui fazendo, respondendo as perguntas, os questionários que era pra responder em casa e eles foram descobrindo, daí fui eliminando a alimentação aquela, que eles puderam avaliar o que eu comia, o que eu tomava no café, que horas eu ia deitar e eu fui seguindo*

as instruções dele e aí fui melhorando aos poucos. Que nem a última consulta que eu tive, ele me disse que tava normal assim, eu ter uma vez por mês dor de cabeça, no estado que eu tava né”(Lara); “Eu espero que eu melhore, porque já melhorou bastante pro que tava antes, assim, todos os dia, todos os dia, todos os dia, insuportável. Dentro de casa, assim, não falava com mais ninguém, nem com filho, nem com marido, nada. Era insuportável o dia pra mim e a noite. Então, nessas coisas já deu uma melhorada boa, que como tá dando essas espaçada, não é todos os dia agora como era antigamente” (Bárbara); “Aí, agora, assim, eu acho que eu me sinto melhor, né. Antes que eu tinha muita, né. Agora já não me dá assim que nem dava antes, tá mais fraca”(Marta). Diferindo das demais participantes, para Elisa e Carla o tratamento não tem se mostrado eficaz. “A tecnologia que tá hoje, tantas drogas novas e porque que pra mim não dá efeito, pra tantas pessoas dá efeito, aliás, faz efeito, como eu já disse, e pra mim não resolve” (Elisa); “O último tratamento que eles tinham me dado era o propanolol. Tomava 20mg de manhã, à tarde e à noite, três vezes ao dia, mas pra mim não fez efeito nenhum” (Carla).

A necessidade de buscar um tratamento para enxaqueca surgiu a partir da intensidade das dores, dos sintomas associados à enxaqueca, como vômitos e fotofobia, do intenso sofrimento psíquico provocado, da necessidade de realizar um diagnóstico diferencial, da constatação da ineficácia da ingestão de analgésicos sem orientação médica e da necessidade de tratar outras questões de saúde. “Porque era muita dor, era muita dor, eu não aguentava mais, era muita dor (...) e eu não comia mais, não dava mais para comer, porque era muita dor de cabeça” (Enara); “Porque eu tinha endometriose né, e eu fiz sete cirurgias de endometriose e aí sempre, sempre, eu achava que, eu acho que tem a ver, tem uns médicos que dizem que não tem a ver. Mais próximo da menstruação eu sentia muita dor na barriga e também a enxaqueca mais, produzia mais dor ainda, sabe. Eu sentia mais dor próximo a menstruação e ainda a dor de cabeça também, então eu chegava a endurecer as pernas, não sabia se era da dor de cabeça ou se era da dor na barriga, o que que era, sabe, e daí eu fiz as cirurgias e não passava né. Eu já tava assim ó, me inchava o rosto, me travava o maxilar de tanta dor, eu não comia, comecei a vomitar, eu ia pra um quarto escuro, eu tava ficando doida. Eu sentia vontade de morrer. Aí eu cheguei numa crise, nunca dava certo quando era o dia da consulta com o psiquiatra, aí um dia eu cheguei no psiquiatra daquela forma, assim, os olhos não abriam, eu não conseguia falar, eu não tinha estímulo pra nada, eu não conseguia nem falar, daí ele viu o estado que eu tava e me mandou pra cá (ambulatório de cefaleia)”(Lara); “De não suportar a dor, né(...) Foi minha filha que mandou eu ir, que eu sempre reclamava das dor na cabeça. Aí eles mandaram e, claro, eu fui em busca logo, que eu queria ter um

alívio”(Bárbara); “Porque no início eu achava que era dor de cabeça comum, mas como tava tomando analgésico e não tava resolvendo, e cada vez mais forte, mais forte, mais tempo, aí eu comecei... Aí comecei ir atrás, aí fui ao médico no trabalho que eu tinha e casualmente ele era neurologista. Ele começou a me dar os exames pra fazer todos, que foi verificado que realmente era enxaqueca que eu tinha. Então isso, buscando se não a cura, pelo menos amenizar as dores, as crises. É isso que tá difícil”(Elisa); “Aí, eu nunca ia procurar (o tratamento para enxaqueca). Eu fui encaminhada pra cá (ambulatório de cefaleia) porque eu tinha miomas e cistos, daí ela me deu esse comprimido, né, pra não ficar mais menstruada. Aí eu tive que falar pra ela que eu não podia, que ia me dar mais dor de cabeça. Foi onde ela me encaminhou pra o doutor da cabeça, porque eu não ia me tratar, eu acho, se não fosse aqui, né”(Marta); “Sim, era muita dor de cabeça. Ficava semanas, podia tomar o comprimido que fosse quantas vezes ao dia, às vezes até me fazia mal e não fazia efeito nenhum, parece assim até que alimentada a dor, né(...) Como o meu pai já teve câncer na cabeça ,então não é bom bobiar, né” (Carla).

Atualmente, as motivações para adesão ao tratamento divergem bastante entre as participantes. Elas estão associadas ao incentivo dado durante o processo de psicoterapia para seguir em tratamento para cefaleia, a esperança por melhora das dores, o gostar de si, poder desempenhar o papel de cuidadora dos familiares, o desejo de cura da dor, poder aproxima-se das pessoas, não precisar isolar-se, não incomodar-se com barulho (fonofobia), não mais precisar tomar medicação e poder viver melhor. *“Não ter ela (dor). Só de pensar em ter ela, já me dá um desespero. A gente não deseja nem para um cachorro o que eu sinto, a gente não deseja. Ela é muito horrível”(Fabiana); “Ela (psiquiatra)me motiva que tem que, tem que tomar a medicação, que o problema não se cura sozinho, né, que o problema, se tá ali o problema, ele sozinho não se cura, que eu preciso da medicação”(Enara); “Motivou pra melhora, né...não quero ter mais aquelas dores de cabeça de antigamente”(Esmênia); “Ah, porque eu gosto de mim né? Eu me amo(...) Eu sou uma pessoa muito espiritualizada, e eu acho, assim, que o meu dever é cuidar deles, que eu nunca devo morrer antes deles(familiares), que eles precisam de mim.”(Lara); “Que cada dia eu possa ter melhorar, né. Eu espero que eu melhore, porque já melhorou bastante, pro que tava antes, assim, todos os dia, todos os dia, todos os dia, insuportável. Dentro de casa, assim, não falava com mais ninguém, nem com filho, nem com marido, nada. Era insuportável o dia pra mim e a noite. Então, nessas coisas já deu uma melhorada boa, que como tá dando essas espaçada, não é todos os dia agora como era antigamente. Dá aquelas crises como deu ontem e hoje, já hoje eu tô bem melhor as vista de ontem. Então é uma coisa que tu sente mais esperança, tu procura melhorar. Agora*

veio nova receita, vou tomar, quem sabe até vai espaçar mais, vai melhorar. Tu tem que ir tentando, né?” (Bárbara); “Me motiva é acabar com isso, melhorar essa dor, curar”(Elisa), “O que me motiva? (a buscar tratamento hoje em dia) Quer dizer, assim, por que que eu quero melhorar? Ai, tirar aquela dor horrível, né, que é. Não tem como ficar com essa dor de cabeça, eu não posso ficar perto das pessoas, não posso ficar perto de barulho, sabe e eu não consigo me deitar, deitar piora. Ai, eu tenho que ir pra um lugar bem sozinha, por isso, eu acho que tem que tentar, né, melhorar”(Marta); “ Ué, pra não ter a dor de cabeça, né? São estas as situações, né? Isso é um tratamento pra não ter que ficar tomando medicação. Não ter que estar se automedicando sem, talvez uma alternativa, um tratamento e diminuir a crise, não precisar ficar tomando analgésico e fazendo coquetel de medicação”(Simone); “Ah, pra viver melhor, né, porque não é tu ficar trancada dentro de um quarto. Tu não pode ver uma pessoa falar contigo, aí te tiram mesmo pra berrar, pra fazer tudo aquilo que tu não quer e acontece,né, e tu tipo tem que viver melhor, né”(Carla). O valor da vida e do que ela pode ofertar estimula a adesão ao tratamento. “Tem que agradecer a cada dia que eu tenho a mais, que eu posso ver as maravilhas que tem na frente, espero ver ainda, tem netos para ver, bisnetos pra pensar, que Deus me dê vida ainda. Vou me tratar, se aparecer alguma coisa ali, cortar o que não parece que é bom”(Lara).

A expectativa quanto ao prognóstico da enxaqueca a curto (um ano) e médio prazos (cinco anos) difere bastante dentro do grupo de portadoras de enxaqueca. Para algumas a dor irá melhorar ou não mais existir dentro deste período. “Quero ficar curada, curada mesmo, total. Não de ficar um tempo depois voltar de novo, parar o remédio e voltar tudo de novo, aí sim. Que uma vez eu fiquei sem os remédio, parei de tomar e voltou de novo”(Esmênia); “Olha, eu espero que continue melhorando, porque já deu uma melhora boa, né. Depois do tratamento, dessa nova medicação que eu tive eu acredito que eu vou melhorar mais”(Bárbara); “Eu espero, eu acredito que esteja bem, que esteja melhor. Daqui a um ano, esteja tudo pra melhor, né? Não pra pior, que daí não adiantaria o tratamento.(...) Que não exista mais dor de cabeça (cinco anos)”(Simone); “ Eu espero estar bem melhor(em um ano).Espero estar sem dor nenhuma (em cinco anos) (risos)”(Carla). Já para outras participantes, a dor vai manter-se ou mesmo piorar ao longo dos anos que seguem. A justificativa para a crença de não melhora está pautada na experiência de anos de doença. “Acho que a tendência é só que a dor vai aumentar”(Fabiana); “Porque é muitos e muitos, desde que eu lembro que eu tenho, então eu acho que essa eu vou levar, vai ser herança minha ” (Enara); “Igual, se não melhorar nada. Se eu tô assim há vinte anos. A minha expectativa que teria de melhora seria se

alguns tratamentos que eu fiz ou tivesse fazendo... Que eu visse que dá resultado, que as crises tavam menores, eu digo assim de espaço, que as crises tivessem menos intensas. Aí bom, tá dando resultado, né. Aí quem sabe um tratamento mais prolongado vai resolver. Aí sim eu teria uma expectativa. A gente espera aqui um ano não ter mais dor, tomar um remédio e já aliviar a dor. Ter dor... Têm pessoas que não tem enxaqueca, mas tem dores de cabeça horríveis, faz tratamento, toma remédio e passa. Eu não vejo solução.(...) Pelo andar da carruagem, eu vou morrer assim. Ah, a mesma coisa de não ver solução, vou morrer assim, vou morrer com dor”(Elisa); “Vai ficar na mesma coisa” (Catarina).

A expectativa de cura, entretanto, é fator comum observado no início do tratamento pelas participantes. *“Eu achava que eu ia vir, que eu ia tomar o remédio e ia passar um mês, dois, três, e eu ia me curar e nunca mais ia vir. Só que aí se passaram sete anos e eu continuo aqui”(Fabiana); “Todo tratamento que a gente vai ter e receber, tu faz com muita esperança de te curar daquela coisa que tá te incomodando, né? Então os primeiros meses, assim, até o primeiro ano eu vinha com alegria, com prazer, né. Na esperança daquilo sair da tua vida, mas é com o tempo passando tu vê que aquela coisa volta. Te dá um pouco de decepção, eu vou ao medico, faço os exames, tomo o remédio, por que dessa porcaria? É uma coisa que os médicos também não têm como te explicar, né”(Bárbara).*

Após anos de doença e com a explanação médica de que a enxaqueca diz respeito a uma doença crônica, as participantes iniciam um processo de aceitação da doença e diminuem a expectativa de remissão total da dor. *“Eu acho que o tratamento pra enxaqueca é pro resto da vida, tu não pode parar eu acho” (Marta).* Contudo, há aquelas que ainda anseiam pela cura, mesmo após anos de tratamento sem o alcance desta meta. *“É o que eu gostaria, né. Não sei. Um dia, de repente, chegar aqui e me dizerem: “Tu tá curada, nunca mais tu vai ter dor de cabeça”. Todos que entram aqui com essa mesma, com esse mesmo propósito, é o que eles imaginam, que nunca mais vai ter” (Fabiana); “Eu não sei se tem cura ou não ...não sei... mas eu quero que suma não quero mais ter dor de cabeça”(Esmênia).*

A relação com equipe médica é perpassada pelo entendimento de que estes profissionais tenham sido treinados ao longo de sua formação para curar. Por trata-se de uma doença de caráter crônico, compreende-se não haver como culpar o médico. Permanece, entretanto, o desejo pela cura no futuro através do avanço científico. *“Tu tem que ir tentando, né? Que o médico não pode dizer isso pra ti “Tu toma isso aqui agora que tu vai ficar boa”, não é com certeza, eles não podem dar essa certeza, né. A gente entende que eles são médico, que eles estudam pra nos curar, pra melhorar, mas muitas coisa não tem cura, né. Tu não pode culpar o médico e não pode te desesperançar também(...) E eu*

acho que o médico sabendo que o paciente tá melhorando com a medicação é uma satisfação pra ele também, não é? Que nem vocês pesquisando, de repente acha uma medicação que vai curar isso aí, é maravilhoso. Então o quanto eu puder auxiliar nessa parte assim ó, eu acho bom, quem sabe pra mim não adianta mais, mas pras outras pessoas, né” (Bárbara). Para Elisa, a expectativa de cura pode interferir na relação com a equipe médica devido à frustração gerada pela não melhora das dores. “É horrível, é horrível porque já faz acho que mais de 20 anos isso aí, e não tem jeito de curar, não tem jeito de passar essa dor. Chego até a achar os médicos incompetentes (...) Às vezes eu saio lá do consultório médico resmungando, meio assim revoltada, nunca fui de escutar médico nenhum, não tô falando agora de incompetência, nunca falei isso aí pra ele, mas tava falando com um parente, com amigos “Poxa, mas como que não dão o remédio, será que não existe?”.

Enfrentando a dor – todos os recursos

Esta categoria apresenta a história do manejo das dores ao longo dos anos de doença, outras abordagens além do tratamento médico utilizadas para manejo da dor, as estratégias de enfrentamento da dor, os modos de prevenção da dor, e a presença/ausência do senso de auto-eficácia para manejar a dor.

Uma vez que muitas portadoras de enxaqueca levam anos para iniciar um tratamento médico voltado para sua cefaleia, torna-se relevante entender como as crises de enxaqueca eram manejadas anteriormente ao tratamento. Dentre as formas de manejo expressas pelas participantes estão: ingestão de grande quantidade de medicação sem orientação médica, colocar batatas na cabeça, ingestão de chás, bater com a cabeça na parede, colocar pano gelado na cabeça. “*Até que a dor melhorou né... porque antes eu... eu não sabia o que era enxaqueca... eu tomava um monte de remédio... eu tomava Paracetamol, era um monte, um monte, um monte e cada vez, que eu tomava Paracetamol, eu não sabia, eu ficava com mais dor de cabeça, né, eu tomava, aumentava mais as dose aumentava .Daí depois eu descobri que quanto mais eu tomava remédio, aumentava mais, e assim depois eu tomei os remédio (prescritos) e aliviou bastante, aliviou bem...aliviou bem (...) tomava chá em casa, tomava chazinho, tomava chazinho, me ensinavam botar um monte de coisa caseira né... mandavam botar...botava batata na cabeça (risos) no lado né, me ensinavam um monte de coisa fazia isso em casa. (hoje) Não faço mais nada ,só com o remédio”(Esmênia) ; “Então hoje eu já não faço mais, mas eu levantava, eu batia, batia a cabeça na parede assim, ficava parada e ficava batendo. Eu pensava assim que ia mexer alguma coisa lá dentro... Aí eu imaginei assim ó, alguma coisa tá certa ou tá errada com a*

minha cabeça que eu vou bater a cabeça assim, vai chacoalhar, chacoalhar alguma coisa, se é o sangue que tá embaixo das veias, vai passar. Batia, batia, ficava com dor e não resolvia nada. Se eu disser que dormi que nem morcego, deitava na cama e ficava com a cabeça pendurada pra baixo pra ver se, sei lá, melhorava alguma coisa. De dar cabeçada na parede, isso eu não tenho feito mais... É muito horrível ”(Elisa); “Tomava remédio, tomava dipirona, tomava paracetamol. O que dava pra tomar pra aliviar a dor de cabeça. Muitas vezes até pano gelado na testa eu tinha de botar, pra aliviar um pouco. Tentativa de aliviar, né?”(Simone).

Algumas das estratégias anteriormente utilizadas foram abandonadas após a constatação das próprias participantes da ineficácia de tal conduta. O tratamento médico surge como uma nova alternativa para o alívio das dores. *“Ah, quando eu vi que analgésico comum não tava resolvendo mais, tomava tudo que eu via na televisão, medicava, tomava tal remédio, esse e aquele. No início acho que até resolvia, mas como dizem, toma tanto remédio que às vezes nem faz mais efeito, já acostuma com aquele remédio e não faz efeito e nada resolvendo, nada resolvendo... Ai eu decidi procurar alguma coisa mais aprofundado pra ver” (Elisa); “Que eu tinha umas dores muito fortes que quando eu caminhava parece assim, que latejava lá dentro da cabeça. Agora, é claro, diminuiu bastante, né? E agora eu já sei, quando começa a dor eu já entro com a medicação pra não deixar ficar forte. Porque quando fica forte é mais difícil de aliviar” (Simone).*

Quando questionadas quanto ao que fazem atualmente para manejar uma crise de enxaqueca além do tratamento médico, as participantes relatam diversas ações como procurar ficar calma, não se preocupar muito, permanecer em ambiente escuro, colocar gelo na cabeça, cuidados com a alimentação, descansar, evitar sair de casa, respirar fundo, fazer orações, acupuntura, pressionar as mãos contra a cabeça, realizar atividade física e alongamentos, ficar quieta, receber massagem. *“Tem dias que me dá as crises fortes, daí eu tenho que ficar no escuro, não ir muito na claridade, procurar ficar mais calma, não me preocupar muito, aí até aliviar(...) É muito terrível, e aí quando a dor tá forte, assim, não tem remédio que passe, pra passar, eu às vezes, eu boto gelo na cabeça, eu faço terror, eu faço terror pra poder passar. Às vezes pra não ir até a farmácia pra tomar injeção eu faço terror pra poder passar” (Enara); “Eu procuro respirar fundo, me retiro, eu deito um pouco, procuro não sair, tomo bastante líquido. Tomo Herbalife de manhã e a noite, e uma refeição bem reforçada ao meio dia, mas nada assim, gordura, sem gordura, carne, carne branca, bastante salada”(Lara); “Então, acho assim, a pessoa procurando auxílio se vê que de um lado não deu e poder procurar de outro, que eu não sou muito chegada em religião, tô tentando te falar sério, única religião que eu gosto é o Espiritismo. Eu sou fã*

do Espiritismo, porque os espíritas, também, esses negócios de coisa, não gostam e além de médico eu procuro muito o Espiritismo pra mim. Eu faço oração, eu me sinto bem. Ontem mesmo, na hora do meu pânico, do desespero e nada dos remédios resolver, que eu fui pra cama, eu orei e pedi pra eles me ajudarem, acho que nessa hora que eu durmo que eu esqueço da vida”(Beatriz); “Isso (acupuntura). Eu ouvi falar, até na televisão eu vi, sabe? E eu tenho uma enteada minha que ela tá fazendo o curso(...) E ela tava comentando essa semana comigo e eu disse “a hora que tu tiver pronta eu sou tua cobaia”(Bárbara); “Aí eu pego as duas mãos e aperto a cabeça, daí começa a aliviar um pouquinho. É só o que eu posso te dizer, né..”(Marta); “Faço exercício de mexer o pescoço, fazer alongamento. Aí eu fico alongando pra ver se alivia, né? Ou, se não, fazendo massagem onde está muita dor, que às vezes dói essas “veinha” aqui assim, ó, aí eu fico massageando pra ver se alivia um pouco. Eu mesmo faço. Aí eu fico massageando com a ponta do dedo, assim, pra tentar aliviar”(Simone); “Eu fico quieta, eu procuro ficar quieta no meu canto, né, pra me resguardar num canto pra ver se ameniza, mas muitas vezes não adianta nada, né, mas ficando mais parada pelo menos ameniza um pouco, né. (...) Às vezes quase morro chorando de dor. Ah, fico inquieta, que tu não, tu quer arrumar um jeito de ficar pra aquilo tentar amenizar, e tu te deita, não adianta, viro dum lado, vira do outro, peço pra minha filha fazer massagem que ela adora ficar fazendo assim, ela faz massagem(...) Não sei, eu queria fazer né(outras ações além do tratamento médico). Até comentei outro dia, aquele negócio de acupuntura, já pensei em fazer, já teve pessoas dando depoimento, né, que fizeram, mas não sei aonde tem, quanto é que é, se é coisa muito cara também já não vou poder fazer. Mas se tivessem coisas alternativas assim, eu até procuraria, porque eu quero me livrar disso, né”(Carla).

O manejo da dor pode ainda estar relacionado a um modo de viver, através da busca de equilíbrio emocional e foco no momento de vida presente. “Eu leio muitos livros de auto-ajuda e procuro me orientar bem, que a gente tem que viver mais o momento, prestar atenção muito no momento, claro que um momento... O que a gente faz hoje vai refletir no amanhã, mas eu procurei sempre andar muito na linha pra eu ter essa estabilização”(Lara).

Segundo as participantes, a prevenção da dor está relacionada principalmente ao uso de medicações prescritas pela equipe médica. Além disso, outras ações são mencionadas, como evitar lugares onde haja muita claridade ou de elevada temperatura. “Eu tomo Amato todo o dia, né. O Amato é pra prevenir. Que a crise vem, eu só tomo ele pra quando ela vir, não dar tão forte. Na verdade é só um remédio de prevenção. Então, mas mesmo assim ela vem e vem forte igual” (Fabiana); “Pra prevenir a dor, quando que eu

vejo que mal a pena que começa, se eu tomo a medicação, e tento, assim, né, ficar mais assim, onde que não é muito calor, onde que não tem muita claridade”(Enara); “Eu procuro sempre tomar a medicação correta, né, que eu acho que é a única coisa que pode me prevenir ela, né”(Bárbara). Para Esmênia, entretanto, a ingestão de medicação não é concebida como uma ação preventiva à dor. “Não (faço algo para prevenir). O doutor por enquanto ele deu o topimarato...sabe”.

Observa-se, contudo, que a prevenção nem sempre é considerada possível, uma vez que a dor pode surgir de modo imprevisível. “Ah, quando eu sinto que vai me dar, eu já tomo os analgésicos. A não ser que eu tenha bastante movimento, não consiga ir, sair daquele momento. E às vezes ela me aparece à noite, quando eu tô dormindo, aí quando eu acordo já tô com dor de cabeça, aí não tem salvação” (Lara).

Há ainda quem restrinja o manejo da crise de enxaqueca ao uso de medicações, nunca questionando sobre a realização de qualquer outra ação para alívio da dor ou quem não reconheça ser possível qualquer ação para a prevenção da dor. “Aí eu tomo aqueles outro comprimido. Paracetamol 250, eu tomo dois de uma vez, né. Esses comprimidinho, daí, quando não adianta esses daí. E mais nada(...)Não, não tem o que fazer, né. Porque esse comprimido que ela me deu é só cinco dia, não tem como prevenir”(Marta); “Só (faço algo) quando tô com dor”(Catarina).

As participantes expressam um forte desejo de aprender a lidar com a dor e manejá-la de modo diferente das ações já realizadas. “Se eu pudesse sumir e ir pra um quarto escuro eu ia, eu ia, mas eu ia tá alucinando, porque perai, tu não tá com isso desde hoje, tu tá com isso a muito tempo, então tu tem que aprender, eu digo assim: “tudo tu aprende”, tu tem que aprender a lidar com isso aí, sabe?”(Fabiana).

O senso de auto-eficácia para o manejo da dor diverge entre as participantes. Enquanto algumas acreditam poder desenvolver estratégias de enfrentamento à dor, outras crêem que nada possam fazer para enfrentá-la. “Eu vou ter que me controlar, isso eu vou ter que me controlar”(Enara); “É horrível, a dor é horrível. Aí o que é que eu faço...ah, não tem o que fazer, entendeu?”(Catarina).

Empatia – Contando com o outro

Esta categoria abrange conteúdos relacionados ao modo como as participantes sentem em relação à habilidade de outras pessoas manifestarem empatia com a sua dor. Em outras palavras, o quanto elas consideram que outras pessoas conseguem se colocar no seu lugar no que se refere à experiência da enxaqueca.

O fenômeno da dor é considerado bastante particular e de difícil entendimento de outrem no diz respeito ao acesso a esta experiência. As participantes podem se sentir incompreendidas ou censuradas em sua expressão de desconforto com a dor. *“Falta de compreensão, sabe. Ver eles, de achar... Parece que eu tô inventando. Pô, mas só de olhar pra minha cara, ver como eu tô, de não poder nem abrir o olho, sabe tu fala que tua garganta tá trancada, que não consegue falar de tanta dor, dói ouvido, dói dente, dói tudo, então é... Eles tão vendo o que tá acontecendo comigo, mas acho que é muita coisa, parece que eles não acreditam que é tão assim, sabe. Eles olham os remédios que eu tomo, aquele monte de remédio, e continuam assim. Isso né, essa convivência, tu tem que provar pra eles que eu realmente tô com dor. Mas no dia que eu deitar e não acordar eles vão entender, quando tiver alguma coisa (...)Mas a minha mãe também assim, ela entende porque ela passou, mas ela não é muito solidária assim. “Ai coitadinha da minha filha, tá com dor, tá passando por isso”. Ai é assim, eu tô sozinha, ninguém me entende”(Elisa); “Geralmente as pessoas acham que é fingimento...entendeu? Que é fingimento, que tu não tem nada”(Catarina); “Ah, a mãe diz “Bah,tem que conviver com a tua dor”, eu “ Ah , meu Deus não posso nem me queixar que eu to com dor,né?”(Carla). Surge a concepção de que só quem é capaz de compreender a experiência da enxaqueca seja quem já passou por ela. “Eu acho que sim, porque a minha é terrível, pra quem tem é que sabe que é horrível”(Bárbara).*

O sentimento de solidão pode se refletir na percepção de que a melhora da dor pode ocorrer somente em outros portadores de enxaqueca. Pode advir a crença de ser a única pessoa no mundo a apresentar uma dor de cabeça terrível e sem possibilidade de cura ou alívio. *“Eu vejo assim, na televisão a gente vê quem faz as pesquisas, né, nos programas de televisão faz pesquisas, as pessoas né, como é que convivem com a dor de cabeça, como é que é. Uma o médico dá tratamento e resolveu, sabe a dor foi assim muito esporádica, outra diminuiu muito, outra fez o tal tratamento. E eu, há 20 anos e ninguém resolve o meu caso, ninguém me dá o remédio certo(...)A tecnologia que tá hoje, tantas drogas novas e porque que pra mim não dá efeito, pra tantas pessoas dá efeito, aliás, faz efeito como eu já disse e pra mim não resolve (...)Eu vi, todos os depoimentos que eu vi, não soube de ninguém que fez o tratamento e não adiantou nada. Todos fizeram alguma coisa que adiantou, que melhorou. Se não curou, pelo menos melhorou. E até a qualidade de vida delas melhorou, porque já não tem crises fortes, não tem crises frequentes, melhorou. Então como eu disse, não tenho ninguém pra conversar né, a gente trocar idéia (...)mas parece que sou a única pessoa no mundo, isso é uma coisa que eu penso, sou a única pessoa no mundo que tem essa dor terrível”(Elisa).*

Interpretação Fenomenológica: sentidos psicológicos da experiência com migrânea

O objetivo deste estudo foi descrever a experiência de ser portadora de enxaqueca a partir da perspectiva das próprias participantes. Desta forma, buscou-se compreender os significados que as pacientes atribuem à enxaqueca. Além disso, almejou-se compreender o nível de prejuízo causado pela enxaqueca na vida diária das pacientes e como as elas lidam com doença, manejam o tratamento e a prevenção. Este estudo acrescentou evidências sobre as principais dificuldades enfrentadas por portadoras de migrânea, já investigados na literatura (Cotrell et al, 2002; Tenhnen & Elander, 2005).

A descrição final do objeto da experiência se estabelece como a consciência que o pesquisador (eu) tem da intencionalidade do pesquisado (outro). A interpretação fenomenológica revela o direcionamento da consciência para o objeto da experiência. Chega-se a este sentido através das várias modalidades dos processos cognitivos.

A estrutura da experiência de ser portadora de migrânea pôde ser sintetizada a partir da construção de sete eixos temáticos oriundos da redução fenomenológica: Dor: uma sensação que altera todo o ser, Compreendendo a doença, Representações - o que “passa pela cabeça”, Impacto - Minha vida com Migrânea, Tratando a doença, Enfrentando a doença - todos os recursos, Empatia - Contando com o outro. Os dados aqui apresentados refletem e especificam a complexidade de uma experiência que toma o indivíduo no modo com que ele se relaciona consigo mesmo e com os outros, com um grande impacto sobre sua vida diária. O seu papel não é só aderir ao tratamento. O paciente também é chamado a construir uma teoria sobre sua situação, identificando fatores ambientais, psicológicos e somáticos associados à doença em sua cronicidade e nas crises, e negociando, a partir daqueles conhecimentos de primeira mão, estratégias de enfrentamento, manejo, tratamento e automonitoramento. Ele sabe mais do que ninguém como a doença se apresenta, altera suas relações e atividades e ocasiona peculiaridades no olhar para si mesmo, no quanto ele se conhece como portador de migrânea.

Para as participantes, o surgimento da dor é imprevisível, o que dificulta o planejamento de ações a curto, médio e longo prazo. A imprevisibilidade imposta pela doença já foi apontada como um dos eixos centrais da experiência de ser portadora de migrânea (Rutberg & Öhrling, 2012).

Diante da dor, as diversas reações das pessoas com as quais as participantes convivem provocaram nas participantes sentimentos de revolta e o desejo de se esquivarem do convívio social por não se sentirem de fato compreendidas. O fenômeno da dor foi

considerado bastante particular e de difícil entendimento para outras pessoas no diz respeito ao acesso a esta experiência.

Para as participantes somente é capaz de compreender a experiência da enxaqueca quem já passou por ela. Para um delas a eficácia do tratamento só podia ser observada em outras pacientes, suscitando a crença de ser a única pessoa no mundo a apresentar uma dor de cabeça terrível e sem possibilidade de cura ou alívio. Ao mesmo tempo, o reconhecimento da migrânea enquanto doença compartilhada por outras pessoas foi capaz de gerar conforto às participantes. Estes achados estão em consonância com um estudo recente de Rutberg e Öhrling (2012), no qual as autoras apontaram o sentimento de medo presente em migrações por acharem que outras pessoas poderiam não acreditar na real existência da dor.

Um ponto importante a se considerar é que empatia não encontrada pelas participantes envolve, em primeiro, a habilidade de elas expressarem o que estão sentindo aos outros. Deste modo, a falta de empatia, pode se dever a algumas razões. A primeira delas diz respeito ao desafio na comunicação do próprio fenômeno da dor. Diversos estudos têm mostrado a presença de características alexitímicas em migrações, influenciando, deste modo, na habilidade de distinguir sentimentos de sensações no corpo e de expressá-los aos outros (Freire, 2010).

Além disso, o sucesso na comunicação desta “experiência invisível” tem sido defendido por alguns autores como consequência da habilidade de utilizar metáforas e metonímias para descrever a dor de modo que outras pessoas consigam se aproximar desta experiência (Katz, 2004; Semino, 2010). A experiência, em que pese apresentar-se como síntese de sofrimento agudo e subjetivo, precisa ser comunicada pelo próprio portador da dor para que outras pessoas saibam de sua existência. No contexto do atendimento em saúde, dependendo da forma com o paciente consegue expressar sua experiência de dor, o profissional pode apreender ou não o que de fato ele gostaria de comunicar. Esta falha na comunicação pode ter contribuído para o sentimento de solidão e incompreensão por parte das participantes.

Ao longo das entrevistas foi possível observar algumas tentativas em descrever a dor através destes tropos linguísticos, porém isto não foi comum a todas as participantes. Dentre as metáforas e metonímias utilizadas estiveram: bonde passando por cima de si, curto-circuito, líquido correndo dentro do cérebro, parafuso solto e o ato de cravar uma faca na cabeça. Conforme já apontado por Semino (2010), na migrânea a comunicação através do uso destes tropos linguísticos pode auxiliar outras pessoas a se aproximarem de

um tipo de dor diferente das dores de cabeça que as pessoas estão acostumadas a experimentar.

Uma segunda razão possível para a falta de empatia encontrada pelas participantes diz respeito ao que tem sido apontado por Cohen, Quintner, Buchanan, Nielsen e Guy (2011) como a estigmatização de pacientes com dores crônicas. Os autores compreendem que a origem desta estigmatização está no pensamento dualista cartesiano. Nesta visão dualista, os portadores de dor crônica são vistos como uma máquina corporal desordenada ou como uma mente perturbada. Diante da falta de evidências “objetivas” de lesão corporal por vezes os profissionais de saúde inferem estar diante de uma mente perturbada.

À parte a dificuldade de encontrar empatia, as participantes expressaram um forte desejo de entender melhor a sua doença em termos de sua etiologia, prognóstico, gatilhos e fatores associados. Nesta busca de compreensão da doença, chegaram a realizar diversos experimentos com o próprio corpo (dormir de cabeça para baixo, bater a cabeça na parede). A compreensão da doença esteve perpassada pelo receio da dor como sinal de outras doenças graves como o AVC, trazendo o medo da morte decorrente de tais associações. Este resultado ressalta a importância da comunicação entre pacientes e profissionais de saúde visando esclarecer os reais riscos e comorbidades da migrânea.

Ao mesmo tempo em que foi percebido o impacto da migrânea sobre a saúde geral, uma das participantes seguiu considerando-se saudável. Fica evidenciada a dúvida quanto à concepção de migrânea enquanto doença. Como no imaginário social a dor geralmente é sintoma de uma doença, pode ser difícil concebê-la enquanto a própria doença. Isso ressalta a importância de investigar a relação dor-doença e do impacto destas representações sobre a relação com o tratamento.

As participantes reconheceram que os fatores etiológicos ligados à enxaqueca variam entre cada portador. Além disso, revelaram concepções acerca da etiologia da enxaqueca bastante diversificadas: desequilíbrio do corpo, alterações no funcionamento do cérebro, alimentação, sono, preocupação, “incomodação”, uso de álcool, cigarro, fatores espirituais e circulação sanguínea. Estas interpretações puderam ser modificadas ao longo da vida. Embora as participantes tenham apresentado diferentes modelos explicativos para a enxaqueca, a capacidade de refletir sobre etiologia da própria doença não representou uma atitude comum a todas.

O conhecimento da enxaqueca a partir da própria experiência por vezes não foi considerado como legítimo pelas participantes, que relataram não saberem nada a respeito da enxaqueca, delegando a função de explicar o fenômeno da enxaqueca aos profissionais de saúde. Estudos têm mostrado que o simples diagnóstico feito pela equipe médica não se

mostra suficiente para compreensão da enxaqueca, fazendo-se necessária a experiência de cada participante (Cottrell et al, 2002). Quando legitimado o conhecimento advindo da própria experiência, a enxaqueca foi concebida enquanto uma dor horrível em que se tornava difícil refletir sobre qualquer coisa. As participantes se dividiram entre aquelas que identificavam algum pensamento e/ou sentimento durante uma crise de enxaqueca e as que não identificavam tais conteúdos, somente capazes de reportar a sensação de dor. Observa-se que os pensamentos evocados na crise se revelavam enquanto conversas consigo mesmas almejando a escolha de qual conduta tomar diante da crise. Compreendendo o manejo da dor como uma tarefa complexa, este achado pode ser compreendido através de um estudo recente realizado por DaSilveira, DeSouza e Gomes, (2010) no qual os autores ressaltam a importância da realização de conversas internas para a resolução problemas complexos.

A migrânea foi percebida como responsável por impactar em diversas dimensões da vida das participantes. Ela foi reportada como prejudicial à relação com o trabalho, através de afastamentos, faltas ou diminuição na produtividade. A dimensão psicológica também se revelou bastante afetada pela enxaqueca. Nesta, sofreram prejuízo o humor, a capacidade de sentir prazer e de planejar ações. As participantes elencaram como piores problemas de serem portadoras de enxaqueca: incapacidade de exercer as próprias vontades quando se está com dor, impossibilidade de planejar a realização de determinadas ações, incompreensão e desrespeito por parte das pessoas, a vivência de sintomas associados (fotofobia), o isolamento social e a dificuldade em cumprir certos compromissos. Estes achados alinham-se aos do estudo de Tenhunen e Elnader (2005), no qual os autores apontam a percepção de perda de controle como a experiência central mediando a qualidade de vida .

Dentre as relações interpessoais, os vínculos conjugais foram considerados como alvo principal de impacto de enxaqueca, culminando em isolamento, brigas ou preocupações por parte do cônjuge. Embora possam ser apontadas algumas dimensões da vida afetadas pela enxaqueca de modo especificado, a dor encerra por afetar o indivíduo em sua relação com o mundo de forma global.

As participantes referiram alterações em seu estado psicológico durante uma crise de enxaqueca. Dentre os adjetivos utilizados para caracterizar alguém em crise de enxaqueca estiveram: irritada, nervosa, quieta, chata e estúpida. A necessidade de estar em constante estado de alerta também foi apontada como uma característica da experiência de ser portador de enxaqueca. O papel desse estado de vigilância em mulheres portadoras de migrânea foi descrito por Meyer (2002): elas utilizariam a vigilância como parte do

processo de tomada de decisão para se manterem operantes diante dos ataques imprevisíveis de enxaqueca.

Foi relatada a crença de que ninguém tem culpa da existência da dor. Para não agredirem aos outros, as participantes relatavam dirigir a agressividade para si mesmas, através de atos como se beliscarem e se morderem. A auto-agressão era considerada como mais “civilizada” em comparação com o ato de agredir a outrem. A literatura tem apontado que pessoas portadoras de cefaléia (cefaléia do tipo tensional e migrânea) guardam mais sua raiva e possuem maior dificuldade de manejá-la em comparação a indivíduos sem a doença (Nicholson, Gramling, Ong & Buenevar, 2003, Abbate-Daga et al., 2007).

Para as participantes deste estudo, estar em tratamento significou estar em acompanhamento médico e fazer uso de medicações para cefaléia. Contudo, para uma delas a concepção de tratamento englobou os cuidados com a alimentação e a realização de atividades físicas. Além disso, estar em tratamento significou estar em um processo necessariamente eficaz de alívio da dor. A ineficácia das medicações em uso atual fez parecer às participantes que estas não estavam em tratamento. Em relação a percepção da eficácia do tratamento, observou-se que as participantes consideravam que o tratamento havia sido bastante eficaz, embora permanecesse a expectativa de melhora. Entretanto, para algumas delas, o tratamento não tem se mostrado eficaz.

O entendimento acerca dos objetivos do tratamento variou entre tolerar a enxaqueca, diminuir a intensidade e/ou a frequência das crises e atingir a cura. Observa-se um sentimento de ambivalência com relação ao tratamento, pois ora foi considerado satisfatório, ora frustrante. A frustração esteve relacionada ao fato das medicações prescritas pela equipe médica não apresentarem a eficácia esperada e pelo reconhecimento da enxaqueca enquanto uma doença crônica. Estes resultados ressaltam a importância do diálogo com os profissionais de saúde, para que possam ser esclarecidas possíveis distorções quanto a expectativa do prognóstico e ofertadas informações valiosas como o caráter crônico da doença, que possam influenciar as respostas emocionais diante da reincidência das crises.

A relação com a medicação esteve permeada pela ambiguidade. Se por um lado foi considerada eficaz para o alívio da enxaqueca, por outro gerou frustração devido reconhecimento dos efeitos secundários adversos. A resistência a ingerir remédios para cefaleia representa um outro tipo de relação com a medicação encontrada neste estudo. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Peters et al. (2004), no qual os autores apontaram para a expressa preferência em não usar medicações e as preocupações com os efeitos secundários provocados por elas em portadoras de migrânea.

Para as participantes, o tratamento continuado integrou-se à sua rotina. O acompanhamento médico no ambulatório ganhou caráter ritual e se adaptou à necessidade e evolução do quadro clínico. Além disso, o percurso traçado para chegar ao acompanhamento no ambulatório de neurologia envolveu a passagem por diversas clínicas médicas. As participantes já realizavam acompanhamento com médicos de outras especialidades, partindo destes o encaminhamento para o tratamento específico da cefaleia com uma equipe de neurologia. Para algumas, o tratamento da enxaqueca não teria sido iniciado caso não houvesse a necessidade de tratar outra questão de saúde.

Enquanto para algumas participantes as primeiras tentativas de buscar um tratamento para enxaqueca datam da infância, para outras só vieram a ocorrer na idade adulta. Para a maioria delas, o conhecimento da existência de um tratamento especializado em cefaleia foi obtido após longo período de manifestação da doença. Elas relataram acreditar que caso soubessem da existência do tratamento anteriormente não haveriam sofrido tanto.

O percurso das participantes entre as mais diversas especialidades médicas até alcançar um tratamento efetivo para enxaqueca pode se dever em parte às representações compartilhadas pelos profissionais de saúde. A literatura tem apontado que no tratamento de portadores de dor crônica, profissionais de saúde tenderiam a se concentrar na origem orgânica da dor e deixar experiência subjetiva do paciente em segundo plano (Montali, Monica, Riva & Cipriani, 2011). Outro estudo apontou que a baixa satisfação e confiança para tratar dores crônicas, bem como a estipulação de baixas metas para o alívio de dores crônicas em médicos que atendem estes indivíduos representam elementos relacionados ao subtratamento dado para as dores crônicas (Green, Wheeler, LaPorte, Marchant & Guerrero, 2002). Outra possível razão para a ocorrência desse fato consiste nos diversos significados atribuídos à dor pelas próprias participantes. A atribuição errônea de etiologia da enxaqueca a outras doenças, pautada pela representação de que dor é sintoma, pode tê-las influenciado a não ter buscado tratamento para a sua dor anteriormente. Koffman, Morgan, Edmonds, Speck e Higginson (2008) identificaram diferentes significados atribuídos à dor em pacientes com câncer. A dor era interpretada pelos participantes como um desafio, um teste de fé, um inimigo ou uma punição. Por último, o próprio desconhecimento da enxaqueca enquanto doença reconhecida pela ciência pode ter influenciado nesta demora em buscar o tratamento. Estes achados abrem caminho para a realização de novos estudos que lancem luz sobre este abismo entre o início da doença e o início do tratamento.

No início da manifestação da doença a necessidade de buscar um tratamento para enxaqueca surgiu a partir da intensidade das dores, do incômodo provocado pelos sintomas associados, do intenso sofrimento psíquico provocado, da necessidade de realizar um diagnóstico diferencial, da constatação da ineficácia da ingestão de analgésicos sem orientação médica e da necessidade de tratar outras questões de saúde. Atualmente, porém, as motivações para adesão ao tratamento estiveram associadas ao desejo de cura, ao incentivo dado durante o processo de psicoterapia para seguir em tratamento para cefaleia, a esperança por melhora das dores, o gostar de si, poder desempenhar o papel de cuidadora de outros familiares, poder aproxima-se das pessoas, não precisar isolar-se, não mais precisar tomar medicação e poder viver melhor. Observa-se que algumas motivações elencadas pelas participantes, como o desejo de cura e não mais precisar fazer uso de medicação, se não trabalhadas durante o tratamento, podem gerar frustração e culminar no abandono do mesmo. A motivação do paciente tem sido reconhecida na literatura como um fator importante para o sucesso do tratamento para migrânea (Buse & Andrasik, 2009).

A expectativa quanto ao prognóstico da enxaqueca diferiu bastante dentro do grupo de portadoras de enxaqueca. Para algumas a dor irá melhorar ou não mais existir dentro deste período. Para outras, a dor vai manter-se ou mesmo piorar ao longo dos anos que seguem. A justificativa para a crença de não melhorar esteve pautada na experiência de anos de doença. A expectativa de cura, entretanto, era um fator comum, presente no início do tratamento para todas as participantes. Estes resultados concordam em parte com o observado por Kelman (2006). A autora perguntou a 1750 portadores de migrânea ou provável migrânea sobre suas expectativas quanto ao tratamento. Os resultados revelaram que 27,8% esperavam uma cura para sua enxaqueca após o tratamento, 79,7% esperavam tornarem-se livres de sintomas, 95,2% esperavam reduzir a frequência das crises, 95,6% esperavam diminuir a severidade da enxaqueca e 95,5% esperavam uma melhoria na qualidade de vida. Estes resultados, reforçados pelos achados do presente estudo, ressaltam a relevância dos profissionais de saúde conhecerem as expectativas de seus pacientes para traçarem junto a eles planos terapêuticos voltados a resultados mais realísticos. Dada a estreita relação entre expectativa e satisfação, o trabalho em torno de tais expectativas pode, ainda, diminuir a sensação de frustração tão comum a estes pacientes.

A percepção da relação com equipe médica esteve perpassada pelo entendimento de que os profissionais foram treinados ao longo de sua formação para curar. Por tratar-se de uma doença de caráter crônico, as participantes compreenderam não poder culpar a equipe médica pelo eventual insucesso do tratamento. Para uma das participantes, a expectativa de cura pode interferiu na relação com a equipe médica devido à frustração gerada pela não

melhora nas dores. A importância da qualidade da relação médico-paciente na migração está documentada na literatura. Para Manzoni e Torelli (2007) além do diagnóstico e das prescrições médicas, os portadores de enxaqueca desejam ser escutados e receber informações e explicações sobre a natureza de sua doença. Estes autores elencam algumas ações importantes para construir uma boa relação médico-paciente, dentre elas a compreensão das necessidades do paciente, tranquilizar as preocupações dos pacientes, certificar que o paciente compreendeu adequadamente o que lhe foi dito e verificar se o paciente deseja de fato ser envolvido nos processos de tomada de decisão.

Quando questionadas quanto ao que faziam atualmente para manejar uma crise de enxaqueca além do tratamento médico, as participantes relataram diversos tipos de ações: procurar ficar calma, não se preocupar muito, permanecer em ambiente escuro, colocar gelo na cabeça, cuidar a alimentação, descansar, evitar sair de casa, respirar fundo, fazer orações, realizar acupuntura, pressionar as mãos contra a cabeça, realizar atividade física e alongamentos, ficar quieta e receber massagem. Na perspectiva das participantes, a prevenção da dor esteve relacionada principalmente ao uso de medicações prescritas pela equipe médica. Além disso, outras ações foram mencionadas, como evitar lugares onde haja muita claridade ou de elevada temperatura. Observou-se, contudo, que a prevenção nem sempre foi considerada possível, uma vez que, mesmo em se tomando atitudes preventivas, a dor poderia surgir de modo imprevisível. Estes achados concordam com o que tem sido apontado pela literatura recente (Dekker et al, 2012).

Por fim, as participantes relataram um forte desejo de aprender a lidar com a dor e manejá-la de modo diferente das ações já realizadas. O senso de auto-eficácia para o manejo da dor divergiu entre as participantes. Enquanto algumas acreditavam possuir estratégias para lidar com a dor, outras relatavam que nada podiam fazer para enfrentá-la. Assim como os participantes do estudo de Peters et al. (2004), neste estudo as participantes adaptaram o manejo da dor às suas necessidades e preferências, enfatizando a necessidade, mesmo no cuidado profissional, de um manejo da enxaqueca altamente individualizado.

Através deste estudo foi possível descrever aspectos estruturais da experiência de ser portadora de migração a partir de uma abordagem qualitativa e fenomenológica. Os resultados evidenciam a relevância de se levar em conta a perspectiva de primeira pessoa, dentre outros dados, para a clínica da migração, especialmente no que concerne às atitudes do sujeito com relação ao manejo, prevenção e adesão ao tratamento. Ademais, este estudo possibilitou compreender os significados que as pacientes atribuem à enxaqueca, o nível de prejuízo causado na vida diária e como elas lidam com sua doença e manejam o

tratamento. Os resultados aqui apresentados podem subsidiar novas investigações da experiência de ser portador de migrânea em outros grupos da população brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que ser portadora de migrânea significa ter que lidar com uma doença que altera a forma como o indivíduo lida consigo e com o mundo. Um dos mais importantes problemas elencados no que se refere a essa experiência consiste na impossibilidade de planejar atividades desejadas, devido à imprevisibilidade do surgimento das crises. Outra importante fonte de sofrimento para as participantes diz respeito aos desafios à empatia por parte de outras pessoas diante da manifestação da doença. Além disso, foram expressas concepções acerca da doença e de relações ambivalentes com diversos aspectos do tratamento. O manejo da doença esteve fortemente vinculado ao senso de auto-eficácia das participantes e da legitimação do conhecimento proveniente da própria experiência.

O presente estudo adotou um procedimento metodológico sistemático no sentido de oferecer uma compreensão qualitativa da perspectiva das pacientes na migrânea. Contudo, limitações à interpretabilidade e generalização dos achados devem ser registradas. Este estudo contou com a participação unicamente de mulheres, o que deixa uma lacuna em relação a significados e perspectivas da experiência de homens com a dor e a doença. Ademais, as participantes foram recrutadas a partir de um ambulatório especializado em cefaleias. Deste modo, não é possível estabelecer precisamente se estes resultados também seriam encontrados em portadoras de migrânea que fazem seu acompanhamento em unidades básicas de saúde ou mesmo aquelas que estão sem acompanhamento médico. Embora a generalização dos resultados não esteja entre os objetivos de estudos qualitativos, ainda assim, o caráter dos resultados da interpretação fenomenológica permite que a contribuição seja estruturalmente comparável, em termos de descrição da experiência e de seus significados, a outras amostras e outras condições clínicas, sobretudo aquelas relacionadas à dor crônica. Outrossim, sugere-se a realização de novos estudos que incluam homens no grupo de participantes e pacientes de outras fontes como postos de saúde ou indivíduos com diagnóstico, mas que não estejam em tratamento.

Os resultados deste estudo enfatizam a importância da atitude de profissionais de saúde no sentido de investigarem questões que possam ir além da simples descrição de sintomas e características da dor. A escuta das representações e crenças dos pacientes acerca do tratamento e da doença, bem como das estratégias utilizadas para o manejo da

dor podem oferecer diretrizes valiosas para a compreensão de cada caso. Ademais, ao aproximar-se da perspectiva do paciente, o profissional de saúde poderá traçar uma aliança terapêutica pautada na empatia e no respeito que facilitarão a adesão e o sucesso do tratamento.

CAPÍTULO III

Desafios para a integração de dados qualitativos e quantitativos: a busca pelo *acta* para melhor compreender o paciente

A tentativa de articulação entre dados qualitativos e quantitativos nas pesquisas em Psicologia, embora tenha ganhado força nos últimos anos, ainda se revela como um desafio. Em determinadas áreas, como a Psicologia da Saúde, a dicotomia entre as lógicas positivista e naturalista da ciência parecem ainda mais evidentes. Observa-se uma crescente literatura em defesa da integração entre dados quantitativos e qualitativos, porém os artigos publicados são, em sua maioria, simplesmente teóricos, o que dificulta aos novos pesquisadores ilustrações desta integração de dados (Serapione, 2000).

Na presente dissertação, assumiu-se um modelo de continuidade interativa como justificativa de uma abordagem que utiliza tanto métodos quantitativos quanto qualitativos. Os dados quantitativos ou qualitativos, por si sós são incompletos para verificar um conceito ou estabelecer relações reversíveis entre si. O estabelecimento de uma relação complementar a fim de verificar um construto é um passo necessário na pesquisa psicológica (Souza, Gomes & McCarthy, 2005). Segundo Newman e Benz (1998), as duas abordagens coexistem num continuum interativo: a metodologia científica contemporânea deveria ser ao mesmo tempo indutiva e dedutiva, e objetiva bem como subjetiva. Cada abordagem (indutiva-qualitativa ou dedutiva-quantitativa) acrescenta algo ao conhecimento partindo das informações obtidas a partir da outra abordagem. A pesquisa qualitativa, com uma perspectiva indutiva, prima pela construção de teoria, enquanto que a pesquisa quantitativa, com uma perspectiva dedutiva, realiza testagem de teoria. Dessa forma, a teoria não é nem o fim nem o começo de uma investigação científica, mas sim parte de um ciclo dinâmico que se combina à evidência aferida através de procedimentos de pesquisa quantitativos e qualitativos.

Apesar de apresentarem especificidades lógicas de escolha e de julgamento a serem consideradas pelos pesquisadores, quantidades e qualidades funcionam como partes móveis de um mesmo todo, sendo, portando, instâncias reversíveis (DeSouza & Gomes, 2003). Assim, o pesquisador estaria diante de duas possibilidades de contextos para coleta e interpretação dos dados. No primeiro, ligado aos estudos quantitativos, é oferecido aos sujeitos de pesquisa um contexto fechado de respostas. Deste modo, ele teria que escolher dentre as opções oferecidas em um dado instrumento, não havendo liberdade de expor novas facetas do fenômeno. Neste caso, o objetivo da investigação é simplesmente

confirmar ou refutar uma teoria. Esta lógica diz respeito ao *data*, pois o contexto é dado previamente pelo pesquisador (Lanigan, 1997). Na outra possibilidade, ligada aos estudos qualitativos, é oportunizado ao sujeito emitir sua resposta em um contexto aberto de respostas. Desta forma, o fenômeno estudado se abre para novas descobertas e construção de novas teorias. Esta lógica diz respeito ao *capta*, pois os dados são tomados pelo sujeito. O *acta* representa a integração destes dados pelo princípio da reversibilidade.

Esta sessão contempla dados quantitativos e qualitativos referentes às perspectivas de primeira e terceira pessoa sobre a migrânea. Por um lado, o fenômeno da migrânea foi abordado em termos de correlações entre variáveis hipotetizadas na literatura. Os instrumentos neste caso foram escalas de avaliação que estabeleceram para os participantes um contexto de respostas emergentes da perspectiva do pesquisador (terceira pessoa). Já o ponto-de-vista de primeira pessoa foi contemplado por meio de entrevistas qualitativas. Esse recurso metodológico deslocou o contexto de resposta para a escolha do próprio participante a partir do repertório da sua experiência. Assim, foram constituídas evidências do modo como o próprio indivíduo experiencia o fenômeno da migrânea no seu cotidiano.

O estudo I da presente dissertação, através de um delineamento caso-controle, demonstrou que portadoras de migrânea apresentaram maiores níveis de depressão, ansiedade e alexitimia, e menores níveis de qualidade de vida, autorreflexão e *insight*, em comparação a controles. Tais achados apontaram para a relevância de sintomas psicopatológicos e mesmo de um respectivo funcionamento psíquico adjacente, atuando como possível “gatilho” dos episódios de migrânea. Nesse sentido, poder-se-ia pensar em instrumentos de intervenção que visassem minimizar os níveis de depressão, ansiedade e alexitimia e promovessem maior autorreflexão e *insight*. Dentro desse contexto, a psicoterapia representaria uma interessante possibilidade de tratamento, sendo um método terapêutico ainda subutilizado na prática clínica. Todavia, cabe ressaltar que, embora se apresentem como dois grupos bastante distintos entre si (grupo clínico e controle), percebe-se uma alta variabilidade em todas as variáveis estudadas dentro de cada grupo, o que aponta para a heterogeneidade intragrupo. Dessa forma, apesar de o grupo de migraneosas apresentar uma correlação positiva com alterações no funcionamento psíquico quando comparado com controles, diante da relevante heterogeneidade observada, não é possível afirmar que todas as portadoras de migrânea padeçam de notório sofrimento emocional ou alexitimia, ou mesmo que demonstrem baixos índices de autorreflexão e *insight*. Assim, conclui-se pela importância da análise caso a caso, uma vez que a migrânea apresenta-se não como uma patologia uniforme, mas sim, como uma síndrome clínica, com diferentes subtipos. Além disso, este resultado é muito útil na medida em que pode servir

como um alerta para os profissionais de saúde que atendem estas pessoas a incluírem a investigação destes construtos em seus atendimentos de rotina. Esta alta variabilidade intragrupo, observada pelo valor da amplitude nos testes *t*, encontra respaldo no estudo II, quando as participantes puderam expor através de seus relatos facetas destes construtos a serem compreendidas de forma mais aprofundada.

O estudo II, qualitativo fenomenológico, revelou a estrutura da experiência de ser portadora de migrânea. Esta foi caracterizada pelo desejo de empatia com a sua dor por outras pessoas, o alto impacto sofrido pela doença nas mais diversas áreas da vida, a necessidade de estar em constante estado de alerta dada a imprevisibilidade das crises, tentativa de criação de metáforas que lhe permitissem compartilhar esta experiência tão singular com outras pessoas, o desejo de aprender mais sobre sua doença e as diversas formas de manejá-la. Observou-se, ainda, uma grande diversidade de gatilhos para as crises. Enquanto algumas participantes claramente identificaram o estresse emocional enquanto um gatilho para as crises, outras não perceberam qualquer relação com fatores psicológicos, atribuindo aos gatilhos fatores dietéticos, alterações climáticas, esforço físico, dentre outros. Estes resultados enfatizam a necessidade de o profissional de saúde, em sua prática clínica diária, estar atento para estes gatilhos, para não correr o risco de tratar a migrânea de forma padronizada.

Os resultados apontados pelos dois estudos enfatizam, ainda, a compreensão de não estarmos diante de uma patologia uniforme, mas de uma doença plural, as “migrêneas sem aura”. Em outras palavras, e sem perder as diretrizes diagnósticas e sua diferenciação em relação a outras cefaléias primárias (caráter pulsátil, duração da dor, localização, sintomas associados, etc.), tratar o fenômeno das “migrêneas” significa, em última instância, despender mais atenção sobre o relato do paciente, principalmente no que se refere aos gatilhos identificados e ao seu funcionamento psíquico adjacente (estado de humor, ansiedade, alexitimia, autorreflexão e *insight*). Compreende-se que esta mudança no modo de olhar a doença poderia refletir mudanças na conduta de cada caso. Como forma de ilustração, poder-se-ia pensar naquele paciente em que após ter sido constatado a presença de características alexitímicas e que refere o estresse emocional como gatilho. Neste caso, além do recebimento de acompanhamento médico sistemático, uma conduta adequada seja encaminhá-lo para psicoterapia como o objetivo de trabalhar tais aspectos ligados ao manejo do estresse e do próprio processamento cognitivo das emoções que estariam atuando como deflagradores da crise, conforme apontado pelo próprio paciente. Já em casos onde o paciente identificasse fatores dietéticos como gatilhos e que não apresentasse déficits no processamento emocional ou alterações no estado psíquico

(estivesse eutímico, com baixo nível de ansiedade, etc.), a conduta adequada fosse encaminhá-lo a um acompanhamento nutricional visando uma menor exposição aos gatilhos.

Sabe-se que a migrânea diz respeito a uma doença neurológica e que a susceptibilidade genética ao desencadeamento das crises representa o traço comum a todos os portadores de migrânea. Contudo, vários estudos têm demonstrado o papel das percepções dos pacientes para identificar e comunicar quais os deflagradores em seu caso particular. Devido à importância fundamental do relato do paciente (só ele será capaz de identificar seus gatilhos) estamos falando de “migrâneas sem aura”, uma doença ao mesmo tempo comum em sua fisiopatologia e forma de apresentação por sinais e sintomas, mas muito particular em termos de impacto e características psicológicas associadas. Esta susceptibilidade biológica em migraneosos pode ser compensada pela forma como o indivíduo se apropria do manejo da dor. Em termos psíquicos, o manejo envolve o desenvolvimento da habilidade de identificar gatilhos e encontrar estratégias de enfrentamento da dor eficazes para cada caso e em cada situação. Sugere-se levar aos profissionais de saúde o debate de que embora a enxaqueca seja uma doença bem descrita nos manuais diagnósticos, algumas comorbidades e características psicológicas precisam ser mais bem detalhadas caso a caso como a alexitimia e a capacidade de autorreflexão e *insight*.

Como forma de ilustrar o diálogo em qualidades e quantidades, alguns achados provenientes dos dois estudos serão comentados sucintamente a seguir. Desta forma, serão apresentadas na tabela a seguir algumas evidências de que compreensão sobre a experiência da migrânea encontra respaldo no que foi observado nas escalas e vice-versa. Vale lembrar que em todos os instrumentos foi observada uma diferença significativa na média dos escores em relação ao grupo controle.

Tabela 9. *Diálogo entre quantidades e qualidades*

<i>Data</i> (indicador quantitativo)	<i>Acta</i> (fala)	<i>Capta</i> (categoria qualitativa)
<u>BDI/</u> indicadores de depressão	<i>“Ai dá muita tristeza a pessoa fica muito triste né....ah tem algumas coisa que tu não consegue fazer né(...).uma pessoa com dor que alegria tem... nenhuma (riso) nenhuma uma pessoa com dor que alegria tem ...não conheço nenhuma pessoa com uma dor alegre”(P3); “Se ninguém me incomoda, me dá uma tristeza, eu começo a chorar, chorar, chorar e depois parece que desabafa e vai melhorando. Parece que é uma coisa que ta entalado na gente né”(P4).</i>	Representações
<u>BAI/</u> indicadores de ansiedade	<i>“Eu acho que é uma pessoa, assim que não tem sossego, ela é uma pessoa que tá sempre alerta a alguma coisa, porque agora ela ta bem e daqui a pouco não ta. Então ela não sai tranquila de casa. Ela tem que sair com o remédio, ela tem que sair sempre preparada porque pode ta bem agora e daqui a pouquinho não tá, ne? Então ela tem que tá sempre alerta”(P2).</i>	Impacto
<u>Whoqol/</u> qualidade de vida	<i>“Afeta no trabalho, afeta no humor, afeta tudo. A gente não progride muito quando tem. Eu acho que eu poderia ter progredido muito mais na minha vida. Eu deixei de estudar a noite, por exemplo, assim, eu queria ter me formado, queria ter feito uma faculdade, isso ai ó, atrapalhou muito na minha vida. (...) Eu deixei de brincar muito com a minha filha, deixei de me divertir na vida, sabe. Muitas vezes meu marido queria sair, e eu não saia com ele. Sorte que ele foi compreensivo e acho que nosso casamento se deu um pouco rotina por causa disso também né. Isso afeta, a dor afeta a vida de qualquer pessoa (P4)”</i>	Impacto

<u>Alexitimia</u>	<i>“Sei lá, palavra mesmo não dá pra explicar a crise forte que é a dor. É muito ruim. Terrível, não tem palavra assim pra dizer “Ah, é uma dor assim”. É, não tem, eu não sei explicar, a dor é tão terrível que eu não sei explicar”</i> (P6) <i>“Meu Deus do céu, passou um caminhão em cima de mim”</i> (P1); <i>“Parece assim a sensação que eu tenho é que pegaram, pega uma faca e vão te cravando , é uma dor insuportável”</i> (P10).	Dor (descrição da crise) Compreensão da doença (metáforas)
<u>Autorreflexão e Insight</u>	<i>Eu não sei nada, por isso que eu queria saber (sobre a enxaqueca), porque eu não sei nada... porque que vêm? (P2); “Quando vem a dor de cabeça, ela vem, eu nunca observei se tem algum motivo, se tem alguma coisa que desencadeia a dor. Nunca percebi, assim, se fosse por cansaço ou por estresse”</i> (P8).	Compreensão da doença

Os altos índices de depressão encontrados no grupo clínico estão em consonância com a literatura acerca das comorbidades psiquiátrica na migrânea, com destaque para a depressão (Green, 2011). Algumas esferas medidas pelo Inventário Beck de Depressão puderam ser observadas a partir da redução fenomenológica tais como: tristeza, pessimismo, insatisfação, culpa, punição, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade e preocupações somáticas.

Se por um lado a diferença de médias entre os dois grupos com relação a ansiedade foi apontada no Inventário Beck de Ansiedade através da gravidade de sintomas físicos, por outro, se apresentou enquanto estado de constante prontidão devido a imprevisibilidade das crises. Em termos psíquicos, a ansiedade tem sido relacionada a um estado de alerta diante de um perigo real ou imaginário (Rezende et al, 2005). Desta forma, percebe-se que *data e capta* se complementam e permitem apreender facetas diferentes da ansiedade das participantes.

No que se refere à qualidade de vida, a *Whoqol-Bref* demonstrou que todas as quatro dimensões avaliadas (física, psicológica, social e ambiente) estiveram significativamente mais prejudicadas no grupo clínico em comparação ao controle. Este resultado não somente encontra respaldo nas análises qualitativas das entrevistas, como são

aprofundados por elas. Em outras palavras, enquanto o instrumento denunciou a dimensão prejudicada (social, por exemplo), os dados de primeira pessoa especificaram como este prejuízo ocorre em cada caso (casamento, trabalho, amigos, etc).

A alexitimia representou uma importante variável neste estudo, sendo considerada como um dos preditores para a qualidade de vida para o grupo de migraneosas. Cabe ressaltar que a alta variabilidade intragrupo nos escores da *Toronto Alexithymia Scale* encontrou apoio no que foi observado nas entrevistas. Ao mesmo tempo em que em algumas participantes do estudo qualitativo apresentavam dificuldade de se expressarem através de palavras quando convidadas a falarem sobre a dor e os seus sentimentos com relação a sua experiência, outras relataram conteúdos psíquicos relacionados à dor (categoria representações) e utilizaram facilmente metáforas para se comunicar com a entrevistadora/pesquisadora. Além disso, um outro aspecto interessante é que as entrevistas serviram para refletir sobre o alcance do instrumento quantitativo utilizado para avaliar a alexitimia em migraneosas, uma vez que mesmo apresentando altos escores na escala, algumas delas foram capazes de utilizar metáforas e/ou metonímias (capacidade de simbolização) para descrever sua experiência de dor e seus sentimentos, o que pode ser pensado como uma habilidade incongruente com a alexitimia.

Verifica-se ainda a congruência entre a alta variabilidade intragrupo no que se refere aos escores da Escala de Autorreflexão e *Insight*. Considerando a definição dos construtos autorreflexão e *insight*, tal diversidade também pôde ser observada nos relatos em relação à capacidade/facilidade de identificar gatilhos para a crise de enxaqueca, bem como a própria afirmação de nada saber sobre sua doença, o que pode apontar para uma dificuldade em algumas delas em refletirem sobre si mesmas (seus sentimentos, pensamentos e comportamentos) e sua doença. Os resultados obtidos pelos dois estudos corroboram com a importância da reversibilidade entre dados (*data*) e tomados (*capta*).

A partir dos resultados dos dois estudos e desta discussão em torno da integração entre qualidades e quantidades, sugerem-se algumas ações. Em primeiro, poder-se-ia pensar em programas de psicoeducação com o objetivo de desenvolver a capacidade de identificar gatilhos e aprender a manejá-los, integrando este manejo a rotina diária.

Outra ação interessante seria a realização de grupos terapêuticos/de apoio para migraneosos, nos quais os participantes pudessem reconhecer a enxaqueca enquanto uma doença compartilhada por outros pacientes, alterando o sentido atribuído a própria doença e possíveis crenças disfuncionais (castigo, moléstia x condição de saúde, expectativa quanto ao prognóstico, estratégias de enfrentamento eficazes, etc.). Para alguns casos, os grupos terapêuticos poderiam focar no trabalho sobre as comorbidades psiquiátricas

(depressão, ansiedade) documentadas na literatura e corroboradas por este estudo, assim como aspectos do processamento cognitivo das emoções (alexitimia).

Ainda em termos de saúde pública, seria interessante transmitir à população o conhecimento acerca do tratamento para as cefaleias, por exemplo, como chegar até um neurologista ou até mesmo saber das diversas abordagens e tratamentos disponíveis para cefaleias. Esta ação não somente legitima a dor como doença, mas facilita o diagnóstico precoce.

Trabalhar a qualidade de vida dos portadores de migrânea significa trazer o tema ao debate nos grupos aos quais estas pessoas estão inseridas: família, colegas de trabalho, amigos, etc. Uma vez que a falta de compreensão e empatia foi apontada como um dos piores problemas de ser portador de migrânea, trabalhar possíveis preconceitos e crenças distorcidas nestes grupos sociais pode representar uma valiosa estratégia de desenvolvimento de empatia à dor nestes indivíduos.

Por fim, cumpre ressaltar que, dentre as evidências levantadas na presente dissertação, os dados referentes ao uso de metáforas, símiles e metonímias por parte dos participantes merece destaque, e condiz de forma contundente com a literatura recente sobre a “linguagem da dor” (Lascaratou, 2007). Estudos da “linguagem da dor” tratam de capacidades e construções linguísticas usadas para falar sobre dor analisam o papel dos tropos linguísticos como metáfora, símile e metonímia na percepção, expressão e descrição da dor. Tal concepção enfatiza a importância de operacionalizar-se o processo que vai da percepção à expressão da dor, e da expressão à descrição que gera empatia no ouvinte, seja ele um familiar, colega ou profissional de saúde. Em especial, modelos para esses processos podem contribuir para a explicação e a intervenção no âmbito das dificuldades que podem advir de um eventual componente alexitímico nos padrões de automonitoramento, possivelmente característico em migraneosos.

De fato, a dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou *descrita* em termos de tal dano (<http://www.iasp-pain.org>). Essa definição traz à frente o conceito de empatia. Fenômenos empáticos precisam ser distinguidos, no entanto, da atribuição de estados mentais conscientes com os outros, e do fenômeno mais complexo conhecido como "tomada de perspectiva" - a capacidade de considerar o mundo do ponto de vista de outra pessoa (Semino, 2010). A forma relativamente básica de empatia que é mediada por uma simulação no próprio corpo, sendo um fenômeno importante na resposta à dor dos outros. A simulação incorporada permite um entendimento experiencial (simulação em primeira pessoa - experimentando estados

sensoriais e emocionais que são semelhantes aos que estaria experimentando diretamente na situação da outra pessoa), em oposição ao meramente conceitual (saber que alguém está com dor) das experiências de outrem. Nesse contexto, padrões metafóricos para a descrição das experiências de dor transmitem sensações próprias da dor de uma forma que permite que outras pessoas experimentem algo que lhes aproxime, tanto quanto possível daquilo com que essas sensações se parecem.

Com base na análise de L. Wittgenstein dos usos da linguagem para descrição de estados mentais, Lascaratou (2007) ressalta que a função da linguagem na dor parece ser primariamente de expressão (substituição de uma expressão não-verbal primitiva como um grito ou gemido), com possibilidade de descrição (descrições de um estado mental, como crenças e desejos), distribuídos num continuum do grito primitivo às locuções descritivas e objetificantes. Seja no caso da migrânea ou em outros quadros de dor, uma pessoa não “sabe a respeito” da sua própria dor, ela simplesmente tem uma dor. O uso do tropo linguístico analógico na forma de metáfora e símile, nesta situação, não é simplesmente adição ou embelezamento para descrições mais "básicas" da dor, mas sim uma parte integrante das descrições das tentativas dos pacientes em oferecer um relato fidedigno e verdadeiro do que eles estão passando. Por essas razões, a dor é um dos campos semânticos onde o uso espontâneo de símile e metáfora tende chegar ao nível mais alto dentre os diversos contextos da comunicação humana.

Segundo Katz (2004), a dor relaciona a humanidade em virtude de ser uma experiência universal, ao mesmo tempo em que separa a humanidade por ser uma experiência estritamente privada. Nesse sentido, tentativas de uma narrativa propriamente dita da dor como referente objetivo podem ser pouco eficazes, faltando realçar, em vez disso, a compreensão visceral da natureza da dor. Em outras palavras, o fato de a dor não ser “pensada”, mas sim, “experienciada” radicaliza os esforços por entendimento por parte de pacientes de dor crônica que precisam descrevê-la nas situações de atendimento, tanto quanto nas suas interações em geral.

REFERÊNCIAS

- Abbate-Gada, G., Fassino, S., Lo Giudice, R., Rainero, I., Gramaglia, C., Marech, L., Amianto, F., Gentile, S., & Pinessi, L. (2007). Anger, Depression and Personality Dimensions in Patients with Migraine without Aura. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 122-128.
- Aigner, M., Förster-Streffleur, S., Prause, W., Freidl, M., Weiss, M., & Bach, M. (2006). What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 81–86
- Al-Shimmery, E. K. (2010). Precipitating and Relieving Factors of Migraine Headache in 200 Iraqi Kurdish Patients. *Oman Medical Journal*, 25(3), 212-216.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 93-100.
- Amorim, P. (2000). Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Andress-Rothrock, D., King, W., & Rothrock, J. (2010). An analysis of migraine triggers in a clinic-based population. *Headache*, 50(8), 1366-1370.
- Autret, A., Roux, S., Rimbaux-Lepage, S., Valade, D., Debiais, S. and the West Migraine Study Group. (2010). Psychopathology and quality of life burden in chronic daily headache: influence of migraine symptoms. *The Journal of Headache and Pain*, 11(3), 247-253.
- Beck, A. T, Woard, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). Beck Anxiety Inventory: Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Belam, J., Harris, G., Kernick, D., Kline, F., Lindley, K., McWatt, J., Mitchell, A., & Reinhold, D. (2005). A qualitative study of migraine involving patient researchers. *British Journal of General Practice*, *55*, 87–93.
- Bigal, M. E., Bigal, J. O. M., Bordini, C. A., & Speciali, J. G. (2001). Prevalence and costs of headaches for the public health system in a town in the interior of the state of São Paulo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *59*(3), 504-511.
- Brietzke, E., Mansur, R. B., Grassi-Oliveira, R., Soczyns, J. K., & McIntyre, R. S. (2012). Inflammatory cytokines as an underlying mechanism of comorbidity between bipolar disorder and migraine. *Medical Hypotheses*, *78*(5), 601-605.
- Buse, D. C., & Andrasik, F. (2009). Behavioral Medicine for migraine. *Neurologic Clinics*, *27*, 445-465.
- Buse, D. C., Rupnow, M. F. T., & Lipton, R. B. (2009). Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities and quality of life. *Mayo Clinic Proceedings*, *84*(5), 422-435.
- Campillo, D. (1984). Neurosurgical pathology in prehistory. *Acta Neurochirurgica*, *70*, 275–290.
- Carneiro, B. V., & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*(1), 103-108.
- Charbit, A. R., Akerman, S., & Goadsby, P. J. (2010). Dopamine: What's new in migraine? *Current Opinion in Neurology*, *23*(3), 275-281.
- Classificação Internacional das Cefaléias-Segunda Edição (revista e ampliada). (2006). Tradução Sociedade Brasileira de Cefaléia. São Paulo, Brasil: Alaúde Editorial Ltda.
- Cohen, M., Quintner, J., Buchnan, D., Nielsen, M., & Guy, L. (2011). Stigmatization of patients with chronic pain: The extinction of empathy. *Pain Medicine*, *12*, 1637-1643.

- Cottrell, C. K., Drew, J. B., Waller, S. E., Holroyd, K. A., Brose, J. A., & O'Donnell, F. J. (2002). Perceptions and Needs of Patients With Migraine: A Focus Group Study. *Journal of Family Practice, 51*(2), 142–147.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- DaSilveira, A. C., DeSouza, M. L. & Gomes, W. B. (2010). “Falar com seus botões”: pelos meandros teóricos e empíricos das relações entre conversa interna, reflexividade e self. *Estudos de Psicologia, 15*(3), 223-231.
- DaSilveira, A. C., DeCastro, T. G. & Gomes, W. G. (2012). Escala de Autorreflexão e Insight: nova medida de autoconsciência adaptada e validada para adultos brasileiros. *Psico* (PUCRS. Impresso).
- DeCastro, T., & Gomes, W. B. (2011). Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências. *Estudos de Psicologia, 28*, 153-161.
- Dekker, F., Neven, A. K., Andriessse, B., Kernick, D., Reis, R., Ferrari, M. D., & Assendelft, W. J. J. (in press). Prophylactic treatment of migraine; the patient's view, a qualitative study. *BMC Family Practice*.
- DeSouza, M. L., & Gomes, W. B. (2003). Evidência e interpretação em pesquisa: As relações entre qualidades e quantidades. *Psicologia em Estudo, 8*(2), 83-92.
- Devine, H., Stewart, S. H., & Watt, M. C. (1999). Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *Journal of Psychosomatic Research, 47*, 145–158.
- Di Schiena, R., Luminet, O., & Philippot, P. (2011). Adaptive and maladaptive rumination in alexithymia and their relation with depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 50*, 10-14.
- Elfagh, K., & Lundh, L. G. (2007). TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scandinavian Journal of Psychology, 48*(5), 391–398.

- Fanciullacci, M, Alessandri, M., & Del Rosso, A. (2000). Dopamine involvement in migraine attack. *Functional Neurology*, 15(3), 171-181
- Fiane, I., Haugland, M. E., Stovner, L. J., Zwart, J-A., Bovim, G., & Hagen, K. (2006). Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous – The HUNT Study. *Cephalalgia*, 26, 960-967.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL- bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-83.
- Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento? Uma Análise Teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15-24.
- French, D. J., Holroyd, K. A., Pinell, C., Malinoski, P. T., O’Donnell, F., & Hill, K. R. (2000). Perceived self-efficacy and headache-related disability. *Headache*, 40(8), 638-645.
- Fukui, P. T.; Gonçalves, T. R.; Strabelli, C., G.; Lucchino, N. M.; Matos, F. C.; Santos, J. P.; Zukerman, E.; Zukerman-Guendler, V.; Mercante, J. P.; Mashuha, M. R.; Vieira, D. S., & Peres, M. F. (2008). Trigger factor in migraine. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 66(3A), 494-499.
- Gameiro, M. G. H. (2004). “Estar Doente”: Atribuição Pessoal de Significações. *Revista Referência*, 12, 35-43.
- Gomes, W. B. (Org). (1998). *Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre, Brasil: Editora da Universidade/UFRGS.
- Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2004). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1299–1301.

- Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and *insight* scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 30(8), 821-836.
- Green, C. R., Wheeler, J. R. C., LaPorte, F., Marchant, B., & Guerrero, E.. (2002). How Well is Chronic Pain Managed? Who Does it Well? *Pain Medicine*, 3(1), 56-65.
- Green, M. W. (2011). Headache: Psychiatric Aspects. *Neurologic Clinics*, 29, 65-80.
- Haan, H., Joosten, E., Wijdeveld, T., Boswinkel, P., Palen, J., & De Jong, C. (in press). Alexithymia is not a stable personality trait in patients with substance use disorders. *Psychiatry Research*.
- Hamel, E. (2007). Serotonin and migraine: biology and clinical implications. *Cephalalgia*, 27(11), 1293-1300.
- Hamelsky, S. W., & Lipton, R. B. (2006). Psychiatric Comorbidity of Migraine. *Headache*, 46, 1327-1333.
- Harding, T.W.; Arango, M.V.; Baltazar, J. ;Climent, C.E.; Ibrahim, H.H.A.; Ignacio, L.L.; Murthy, R.S., & Wig, N.N. (1980). Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Hearnshaw, L. S. (1987). *The shaping of modern psychology: An Historical Introduction*. London: Routledge.
- Hedborg, K, Anderberg, U. A., & Muhr, C. (2011). Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 116, 187–199.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 303–308.

- Hoppe, A., Weidenhammer, W., Wagenpfeil, S., Melchart, D., & Linde, K. (2009). Correlations of Headache Diary Parameters, Quality of Life and Disability Scales. *Headache, 49*, 868-878.
- Horvath, G. A., Selby, K., Poskitt, K., Hyland, K., Waters, P. J., Coulter-Mackie, M., & Stockler-Ipsiroglu, S.G. (2011). Hemiplegic migraine, seizures, progressive spastic paraparesis, mood disorder, and coma in siblings with low systemic serotonin. *Cephalalgia, 31*(15), 1580-1586.
- Hosoi, M., Molton, I. R., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Amtmann, S., O'Brien, S., Arimura, T., & Kubo, C. (2010). Relationships among alexithymia and pain intensity, pain interference, and vitality in persons with neuromuscular disease: Considering the effect of negative affectivity. *Pain, 149*(2), 273–277.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2008). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Jette, N., Patten, S., Williams, J., Becker, W., & Wiebe, S. (2007). Comorbidity of Migraine and Psychiatric Disorders—A National Population-Based Study. *Headache, 48*, 501-516.
- Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(4), 373-6.
- Joyce-Moniz, L. & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e Dialética de Significações de Doença e Confronto em Psicologia da Saúde. *Psychologica, 6*, 105-127.
- Karwautz, A., Wober-Bingol, C., & Nöber, C. (1996). Freud and migraine: the beginning of a psychodynamically oriented view of headache a hundred years ago. *Cephalalgia, 16*, 22-26.

- Katz, J. D. (2004). Pain does not suffer misprision: an inquiry into the presence and absence that is pain. *Medical Humanities*, 30, 59–62.
- Kelman. L. (2006). The broad treatment expectations of migraine patients. *Journal of Headache and Pain*, 7, 403-406.
- Kelman, L. (2007). The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia*, 27(5), 394-402.
- Koehler, P. J., & Boes, C. J. (2010). A history of non-drug treatment in headache, particularly migraine. *Brain*, 133, 2489–2500.
- Koffman, J., Morgan, M., Edmonds, P., Speck, P., & Higginson, I. J. (2008). Cultural meanings of pain: a qualitative study of Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 22, 35-359.
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M. R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, (6), 471-6.
- Lakoff, G., & M. Johnson. (1999). *Philosophy In The Flesh: The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought*. New York, NY: Basic Books.
- Lane, R. D, Sechrest, L., & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 377-85.
- Lanigan, R. (1992). *The human science of communicology*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Lanigan, R. (1997). Capta versus data: método e evidência em comunicologia. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 10, 17-45.
- Lascaratou, C. (2007). *The language of pain*. Amsterdam: John Benjamins.
- Leonardi, M., Raggi, A., Bussone, G., & D'Amico, D. (2010). Health-Related Quality of Life, Disability and Severity of Disease in Patients with Migraine Attending to a Specialty Headache Center. *Headache*, 50(10), 1576-1586.

- Lipton, R. B., Bigal, M. E., Diamond, M., Freitag, F., Reed, M. L., & Stewart, W. F. (2007). Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*, *68*, 343 – 349.
- Lipton, R.B., & Bigal M.E. (2005) Migraine: epidemiology, impact, and risk factors for progression. *Headache*, *45*(1), 3-13.
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *70*, 254–260.
- Luminet, O., Rime, B., Bagby, M., & Taylor, G. J. (2004) A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and Emotion*, *18*(6), 741–766.
- Luminet, O., Rokbani, L., Ogez, D., & Jadoulle, V. (2007). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*, 641–648.
- Lumley, M. A., Radcliffe, A. M., Macklem, D. J., Mosley-Williams, A., Leisen, J. C. C., Huffman, J. L., D'Souza, P. J., Gillis, M. E., Meyer, T. M., Kraft, C. A., & Rapport, L. J. (2005). Alexithymia and Pain in Three Chronic Pain Samples: Comparing Caucasians and African Americans. *Pain Medicine*, *6*, 251–261.
- Lumley, M. A., Tomakowsky, J., & Torosian, T. (1997). The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics*, *38*, 497-502.
- Magiorkinis, E., Diamantis, A., Dimos-Dimitrios, M., & Androutsos, G. (2009). Headaches in antiquity and during the early scientific era. *Journal of Neurology*, *256*, 1215-1220.
- Manzona, G. C., & Stovner, L. J. (2010). Epidemiology of headache. *Handbook of Clinical Neurology*, *97*, 3 -22.
- Manzoni, G. C., & Torelli, P. (2007). The patient-physician relationship in the approach to therapeutic management. *Neurological Sciences*, *28*, 130-133.

- Marchesi, C., Fontò, S., Balista, C., Cimmino, C. & Maggini, C. (2005). Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychotherapy Psychosomatics*, 74, 56–60.
- Mari, J., & Willians, P.A. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26.
- Marmura, M. J. (2012). Use of Dopamine Antagonists in Treatment of Migraine. *Current Treatment Options in Neurology*, 14(1), 27-35.
- Martins, I. P. (2009). Enxaqueca: da Clínica para a Etiopatogenia. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 589-598.
- Masur, J., & Monteiro, M. (1983). Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 16 (3), 215-218.
- Mattila, A. K., Poutanen, O., Koivisto, A-M., Salokangas, R.K.R., & Joukamaa, M. (2007). Alexithymia and life satisfaction in primary care patients. *Psychosomatics*, 48, 523–529.
- Mattila, A. K., Saarnic, S. I., Alanen, E., Salminen, J. K., Kronholm, E., Jula, A., Sintonen, H., & Joukamaa, M. (2010). Health-related quality-of-life profiles in nonalexithymic and alexithymic subjects from general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 279–283.
- Mercante, J. P. P., Bernik, M. A., Guendler, V. Z., Zukerman, E., Kuczynski, E., & Peres, M. F. P. (2007). Comorbidade psiquiátrica diminui a qualidade de vida de pacientes com enxaqueca crônica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65, 880-884.
- Meyer, G. A. (2002). The art of watching out: Vigilance in women who have migraine headaches. *Qualitative Health Research*, 12(9), 1220-1234.

- Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotional regulation? *Personality and Individual Differences, 40*(7), 1399-1408.
- Modestin, J., Furrer, R., & Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult nonpatients. *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 707–9.
- Montali, L., Monica, C., Riva, P., & Ciprani, R. (2011). Conflicting Representations of pain: A qualitative analysis of health care professionals' discourse. *Pain Medicine, 12*, 1585-1593.
- Moreira-Filho, P. F., & Silberstein, F.D. (2004). Avanços no tratamento preventivo da migrânea. *Einstein, 2*(1), 87-94.
- Muftuoglu, M. N., Herken, H., Demirci, H., Virit, O., & Neyal, A. (2004). Alexithymic features in migraine patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 254*, 182–186.
- Neut, D., Fily, A., Cuvellier, J. C., & Vallée, L. (2012). The prevalence of triggers in paediatric migraine: a questionnaire study in 102 children and adolescents. *The Journal of Headache and Pain, 13*(1), 61-65.
- Newman, I., & Benz, C. R. (1998). *Qualitative–Quantitative Research Methodology: Exploring the Interactive Continuum*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Nicholson, R. A., Gramling, S. E., Ong, J. C., & Buenevar, L. (2003). Differences in Anger Expression Between Individuals With and Without Headache After Controlling for Depression and Anxiety. *Headache, 43*, 651-663.
- Nyklíček, I., & Vingerhoets, J. J. M. (2000). Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimulation. *Pain, 85*, 471-475.
- Palermo, T. M., Valenzuelaa, D., & Storkb, P. P. (2004). A randomized trial of electronic versus paper pain diaries in children: impact on compliance, accuracy, and acceptability. *Pain, 107*, 213–219.

- Peres, M. F. P. (2005). Melatonina, aminoácidos e fisiopatologia da enxaqueca: a ponta ou o fragmento do iceberg? *Migrâneas & Cefaléias*, 8(1), 16-19.
- Peres, M. F. P. (2008). *Dor de cabeça: o que ela quer com você?* São Paulo: Integrare Editora.
- Peters, M., Abu-Saad, H. H., Vydellingum, V., Dowson, A., & Murphy, M. (2005). The patients' perception of migraine and chronic daily headache: a qualitative study. *Journal of Headache and Pain*, 6(1), 40-47.
- Peres, M. F. P., Zukerman, E., Soares, C. A. S., Alonso, E. O., Santos, B. F. C & Faulhaber, M. H. W. (2004). Cerebrospinal fluid glutamate levels in chronic migraine. *Cephalalgia*, 24(9), 735–739.
- Pires, A., & Joyce-Moniz, L. (2008). Significações de doença, confronto sintomático e adaptação em pacientes de Reumatologia e Ortopedia: Uma abordagem desenvolvimentista e dialéctica. *Análise Psicológica*, 2(26), 309-326.
- Pizza, V., Spitarela, D. L. A., & d'Amato, C. C. (2001). The personality profile and alexithymic syndrome in primary headache: a Rorschach study. *The Journal of Headache and Pain*, 2(1), 31-37.
- Pompili, M., Di Cosimo, D., Innamorati, M., Lester, D., Tatarelli, R., & Martelletti, P. (2009). Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. *The Journal of Headache and Pain*, 10, 283–290.
- Pompili, M., Serafini, G., Di Cosimo, D., Dominici, G., Innamorati, M., Lester, D., Forte, A., Girardi, N., De Filippis, S., Tatarelli, R., & Martelletti, P. (2010). Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with chronic migraine. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 81-91.

- Power, M., Harper, A., & Bullinger, M. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology, 18*(5), 495-505.
- Queiroz, L. P., Peres, M. F. P., Piovesan, E. J., Kowacs, F., Ciciarelli, M. C., Souza, J. A., & Zukerman, E. (2009). A nation wide population-based study of migraine in Brazil. *Cephalalgia, 29*(6), 642-649.
- Rezende, V. L., Derchain, S. F. M., Botega N. J., Sarian, L. O., Vial, D. L., & Morais, S. S. (2005). Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27*(12), 737-743.
- Ruiz de Velasco, I., González, N., Etxeberria, Y., & Garcia-Monco, J. C. (2003). Quality of life in migraine patients: a qualitative study. *Cephalalgia, 23*(9), 892–900.
- Rutberg, S., & Öhrling, K. (2012). Migraine: more than a headache: Women's experiences of living with migraine. *Disability and Rehabilitation, 34*(3-4), 329-336.
- Sacco, S., Ricci, S., Degan, D. & Corolei, A. (in press). Migraine in woman: the role of hormones and their impact on vascular diseases. *The Journal of Headache and Pain, 13*(1).
- Salveti, M. G., & Pimenta, C. A. M. (2007). Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41*(1), 135-140.
- Sauro, K. M. & Becker, W. J. (2009). The Stress and Migraine Interactionhead. *Headache, 49*(9), 1378-1386.
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology, 23*(5), 441-448.
- Schwaiger, J., Kiechl, S., Seppi, K., Sawires, M., Stockner, H., Erlacher, T., Mairhover, M. L., Niederkofler, H., Rungger, G., Gasperi, A., Poewe, W., & Willeit, J. (2009).

- Prevalence of primary headaches and cranial neuralgias in men and women aged 55-94 years (Bruneck Study). *Cephalalgia*, 29, 179-187.
- Semino, E. (2010). Descriptions of pain, metaphor and embodied simulation. *Metaphor and Symbol*, 25(4), 1-23
- Slettbakk, R., Nilsen, C. V., & Malterud, K. (2006). Coping with headache: A focus group study about women self-initiated actions and cognitive strategies. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 22-26.
- Serapione, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187-192.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2), 255-262.
- Silvia, P. J., & Phillips, A. G. (2011). Evaluating self-reflection and *insight* as self-conscious traits. *Personality and Individual Differences*, 50, 234–237.
- Souza, M. L., Gomes, W. B., & McCarthy, S. N. (2005). Reversible Relationship between Quantitative and Qualitative Data in Self-Consciousness Research: A Normative Semiotic Model for the Phenomenological Dialogue between Data and Capta. *Quality & Quantity*, 39, 199–215.
- Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual of State-Trait Anxiety Inventory*. Palo alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stewart, W. F., Lipton R. B., Kolodner, K., Liberman, J., & Sawyer, J. (1999). Reliability of the migraine disability assessment score in a population-based sample of headache sufferers. *Cephalalgia*, 19(2), 107-114.
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Kolodner, K. B., Sawyer, J., Lee, C., & Liberman, J. N. (2000). Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain*, 88, 41-52

- Stovner, L. J., Hagen, K., Jensen, R., Katsarava, Z., Lipton, R. B., Scher, A. I., Steiner, T. J., & Zwart, J-A. (2007). The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*, 27, 193-210.
- Stronks, D. L., Tulen, J. H. M., Pepplinkhuizen, L., Verheijl, R., Mante1, G. W. H., Spinhoven, P., & Passchierl, J. (1999). Personality traits and psychological reactions to mental stress of female migraine patients. *Cephalalgia*, 19, 566-574.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77.
- Tenhunen, K., & Elander, J. (2005). A Qualitative Analysis of Psychological Processes Mediating Quality of Life Impairments in Chronic Daily Headache. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 397-407.
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, F. V., Roma-Torres, A., & Brandão, I (2011). Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 182-189.
- Veríssimo, R. (2006). Processamento emocional enquanto diferença individual mediadora de vulnerabilidade relativa à saúde. *Arquivos de Psiquiatria*, 3(1-2), 25-42.
- Villani, V., Bruti, G, Mostardini, C., Di Stani, F., Scattoni, L., Dugoni, D., Vanacore, N., & Cerbo, R. (2005). Migraine in the Emergency Department: a psychometric study of a migraine “repeaters” sample. *The Journal of Headache and Pain*, 6(4), 301-303.
- Vincent, M. B.(1998). Fisiopatologia da enxaqueca. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(4), 841-851.
- Vincent, M., Rodrigues, A. J., Oliveira, G. V., Souza, K. F., Dói, L. M., Rocham, M. B. L., Saporta, M. A. C., Orleans, R. B., Kotecki, R., Estrela, V. V., Medeiros, V. A., &

- Borges, W. I. S. (1998). Prevalência e custos indiretos das cefaléias em uma empresa brasileira. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(4), 734-743.
- Yalug, I., Selekler, M., Erdogan, A., Kutlu, A., Dundar, G., Ankarali, H., & Aker, T. (2010). Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(3), 231-238.
- Yoshida, E. M. P. (2000). Toronto Alexithymia Scale-TAS: Precisão e validade da versão em português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(1), 59-74.
- Yoshida, E. M. P. (2006). Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale. *Avaliação Psicológica*, 5, 235-238.
- Yoshida, E. M. P. (2007). Validade da Versão em Português da *Toronto Alexithymia Scale-TAS* em Amostra Clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 389-396.
- Wang, S-J. (2007). Migraine and suicide. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(9), 1069-1071.
- Wang, W., Yang, T., Zhu, H., Mao, F., Livesley, W. J., Larstone, R. M., & Jang, K. L. (2005). Disordered Personality Traits in Primary Headaches. *Social Behavior and Personality*, 33(5), 495-502.
- Willemsen, R., Roseeuw, D. & Vanderlinden, J. (2008) Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International Journal of Dermatology*, 47, 903–910.
- Wöber, C., Holzhammer, J., Zeitlhofer, J., Wessely, P., & Wöber-Bingöl, Ç. (2006). Trigger factors of migraine and tension-type headache: experience and knowledge of patients. *The Journal of Headache and Pain*, 7(4), 188-195.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health, New Understanding New Hope*. Geneva: WHO.