



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Cláudia Thomé Beletti

**Indicadores de Sobrecarga Emocional
em Pacientes Portadores de
Cefaléia Crônica Diária**

São José do Rio Preto
2007

Cláudia Thomé Beletti

Indicadores de Sobrecarga Emocional
em Pacientes Portadores de
Cefaléia Crônica Diária

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

São José do Rio Preto
2007

Beletti, Cláudia Thomé

Indicadores de sobrecarga emocional em pacientes portadores de cefaléia crônica diária / Cláudia Thomé Beletti.

São José do Rio Preto, 2007

165p.;

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

1. Medicina psicossomática; 2. Estresse psicológico; 3. Sobrecarga emocional; 4. Transtornos da cefaléia.

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos Especiais	iii
Agradecimentos	vii
Lista de Tabelas e Quadros	x
Resumo	xiii
Abstract	xv
1. Introdução	1
1.1. Psicossomática Psicanalítica	4
1.2. Cefaléia Crônica Diária	9
1.3. Comorbidades Associadas	12
1.4. Depressão na Visão Psicanalítica	19
1.5. Objetivos	25
1.5.1. Geral	25
1.5.2. Específicos	25
2. Casuística e Método	26
2.1. Sujeitos	27
2.2. Método	27
2.3. Procedimento	28
2.4. Análise dos Resultados	29
3. Resultados	32
4. Discussão	62
5. Apresentação do Transcurso de uma Entrevista	97

6.	Conclusões	114
7.	Referências Bibliográficas.....	116
8.	Apêndices	131
9.	Anexo.....	164

Dedico este trabalho aos meus filhos João Paulo e Marcelo, e também ao meu marido Paulino.

Aprendi que tenho muito a aprender.

A vocês, minha eterna gratidão e todo o meu amor...

“Transportai um punhado de terra todos os dias e fareis uma montanha”.

Confúcio

Aos meus pais Antonio e Aparecida

Vocês são a base da “minha montanha”.

Amo vocês.

Agradecimentos Especiais

Ao meu orientador **Prof. Dr. Lázlo Antonio Ávila**, pela oportunidade de ser beneficiada por seus ensinamentos na condução do trabalho e poder compartilhar seus conhecimentos e sabedoria.

Rubem Alves certa vez escreveu na sua “culinária literária” sobre o milho da pipoca ao qual deu o título “A Pipoca” e que dizia mais ou menos assim:

O milho da pipoca não é o que deve ser. Ele deve ser aquilo que acontece depois do estouro. O milho da pipoca somos nós: duros, quebra-dentes, impróprios para comer, pelo poder do fogo podemos repentinamente, nos transformar em outra coisa – voltar a ser crianças! Mas a transformação só acontece pelo poder do fogo.

Milho de pipoca que não passa pelo fogo continua a ser milho de pipoca, para sempre. Assim acontece com a gente. As grandes transformações acontecem quando passamos pelo fogo. Quem não passa pelo fogo fica do mesmo jeito, a vida inteira. São pessoas de uma mesmice e dureza assombrosa. Só que elas não percebem. Acham que o seu jeito de ser é o melhor jeito de ser. Mas, de repente, vem o fogo. O fogo é quando a vida nos lança numa situação que nunca imaginamos. Dor. Pode ser fogo de fora: perder um amor, perder um filho, ficar doente, perder um emprego, ficar pobre. Pode ser fogo de dentro. Pânico, medo, ansiedade, depressão — sofrimentos cujas causas ignoramos. Há sempre o recurso aos remédios. Apagar o fogo. Sem fogo o sofrimento diminui. E com isso a possibilidade de grande transformação.

Imagino que a pobre pipoca, fechada dentro da panela, lá dentro ficando cada vez mais quente, pense que sua hora chegou: vai morrer. De dentro de sua casca dura, fechada em si mesma, ela não pode imaginar destino diferente. Não pode imaginar a transformação que está sendo preparada. A pipoca não imagina aquilo de que ela é capaz. Aí, sem aviso prévio, pelo poder do fogo, a grande transformação acontece: PUF!! — e ela aparece como outra coisa, completamente diferente, que ela mesma nunca havia sonhado. É a lagarta rastejante e feia que surge do casulo como borboleta voante. Na simbologia cristã o milagre do milho de pipoca está representado pela morte e ressurreição de Cristo: a ressurreição é o estouro do milho de pipoca. É preciso deixar de ser de um jeito para ser de outro.

“Morre e transforma-te!” – dizia Goethe. Em Minas, todo mundo sabe o que é piruá. Falando sobre os piruás com os paulistas, descobri que eles ignoram o que seja. Alguns, inclusive, acharam que era gozação minha, que piruá é palavra inexistente. Cheguei a ser forçado a me valer do Aurélio para confirmar o meu conhecimento da língua. Piruá é o milho de pipoca que se recusa a estourar. Meu amigo William, extraordinário professor pesquisador da Unicamp, especializou-se em milhos, e desvendou cientificamente o assombro do estouro da pipoca. Com certeza ele tem uma explicação científica para os piruás. Mas, no mundo da poesia, as explicações científicas não valem. Por exemplo: em Minas “piruá” é o nome que se dá às mulheres que não conseguiram casar. Minha prima, passada dos quarenta, lamentava: “Fiquei piruá!” Mas acho que o poder metafórico dos piruás é maior. Piruás são aquelas pessoas que, por mais que o fogo es quente, se recusam a mudar. Elas acham que não pode existir coisa mais maravilhosa do que o jeito delas serem.

Ignoram o dito de Jesus: “Quem preservar a sua vida perdê-la-á”. A sua presunção e o seu medo é a dura casca do milho que não estoura. O destino delas é triste. Vão ficar duras a vida inteira. Não vão se transformar na flor branca macia. Não vão dar alegria para ninguém. Terminado o estouro alegre da pipoca, no fundo da panela ficam os piruás que não servem para nada. Seu destino é o lixo.

Quanto às pipocas que estouraram, são adultos que voltaram a ser crianças e que sabem que a vida é uma grande brincadeira... “Nunca imaginei que chegaria um dia em que a pipoca iria me fazer sonhar. Pois foi precisamente isso que aconteceu”.

Lazslo, você ajudou que muitos de “meus grãos” não virassem piruás.

Muito Obrigada!

À minha analista **Maria Ângela de Medeiros Pala**, que acompanhou toda a minha trajetória e esteve sempre presente. Vou-me valer de três pensamentos que evidenciam uma parte do que tem me ajudado a entender:

“Nenhuma mente que se abre para uma nova idéia, voltará a ter o tamanho original”.

Albert Einstein

“Experiência é o nome que damos aos nossos próprios erros”.

Oscar Wilde

“A vida sem reflexão não merece ser vivida”.

Sócrates

Obrigada por todos os momentos...

Às psicólogas e grandes amigas **Ana Maria Benedetti Alves Garcia**, **Maria Amélia Andréa** e **Sueli Zocal Paro Barison**, pela valiosa contribuição na tarefa de juízas de todas as entrevistas. Poder contar com vocês, engrandeceu-me a alma.

Muitíssimo obrigada!

À **Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki**, pelo eterno estímulo à pós-graduação. Sempre incentivou e estendeu-me a mão quando precisei. Mesmo à distância, pude contar com seu apoio.

Obrigada!

Ao **Prof. Dr. Waldir Antonio Tognolla**, pela disponibilidade e incentivo constantes na realização e prosseguimento deste estudo.

Obrigada!

À minha grande amiga **Olívia Maria de Oliveira Zoner**, que compartilhou comigo alegrias e tristezas com muita dedicação e disponibilidade em todos os momentos. Serei eternamente grata!

Agradecimentos

- A todos os pacientes portadores de cefaléia crônica diária pela disponibilidade em expor seus sofrimentos e angústias, contribuindo com minha esperança de fazer uma boa “colheita”.
- Aos meus irmãos Toni, Regina, Mirella e Milton, sempre unidos e a continuação da base de nossos pais.
- Às minhas sobrinhas Marina, Aline e Lara, e minha cunhada Déborah, pela valiosa contribuição nas traduções dos textos em inglês. Thank you!!
- À minha sogra Helena, no zelo com meus filhos nas minhas ausências.
- À minha irmã Mirella, pela forte presença.
- À minha prima Luciana que acompanhou toda a minha trajetória e torceu muito.
- Às minhas amigas e psicólogas Ana Lúcia Gândara Brandimarte e Leny Gonçalves Ferreira, pela colaboração na digitação de algumas entrevistas e grande torcida.
- À estagiária de psicologia Marcella de Paula Moi na digitação das entrevistas.

- À amiga e psicóloga Ms. Maria Jaqueline Coelho Pinto pela torcida e contribuição metodológica.
- À Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos, pelas sugestões e comentários.
- Ao Serviço de Psicologia da FAMERP / FUNFARME, pela oportunidade de sempre.
- Ao Prof. Dr. José Carlos Busto Galego, por me receber no Ambulatório de Cefaléias e contribuir com o acesso aos pacientes.
- À psicóloga Avelina Maria Moraes Romero, pela troca de material científico.
- Às colegas do Departamento de Pessoal da FAMERP, pelas orientações prestadas e, principalmente, pelo carinho e incentivo.
- Às secretárias do Ambulatório de Psicologia da FUNFARME: Maria Silvia Curti Maio (*in memoriam*) e Eliane Magro Pedrassoli, pela contribuição no acesso aos prontuários.
- À minha amiga Lílian Malagoli Homan, pela valiosa contribuição na versão do resumo para o inglês.

- À prof^a Adília Maria Pires Sciarra, pela disponibilidade na revisão do abstract.
- À funcionária da biblioteca Zélia Cristina Regis Brazolin, pela pronta colaboração no levantamento e acesso aos artigos científicos.
- À bibliotecária Cláudia Araújo Martins, pela contribuição na execução da ficha catalográfica e revisão das referências bibliográficas.
- Aos funcionários da secretaria de Pós-graduação, pelo carinho dispensado na busca de informações e contribuições prestadas, sobretudo, Rosimere Cleide Souza Desidério.
- À amiga de trabalho Profa. Dra. Cláudia Augusta Hidalgo, na contribuição da análise estatística.

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1.	Caracterização dos sujeitos da amostra.....	35
Tabela 2.	Significado de ficar doente.....	39
Tabela 3.	Com o que relaciona a dor.....	40
Tabela 4.	Como se desenvolve a dor.....	41
Tabela 5.	Conseqüências.....	42
Tabela 6.	Tempo de doença e Tempo de tratamento.....	44
Tabela 7.	Média de tempo de doença.....	45
Tabela 8.	Fatos importantes quando adoeceu.....	45
Tabela 9.	Contexto familiar.....	46
Tabela 10.	Mudanças familiares em decorrência das dores.....	47
Tabela 11.	Tentativas de cura.....	48
Tabela 12.	Acréscimos espontâneos 1ª entrevista.....	49
Tabela 13.	Hipótese pessoal ou “insight” pessoal sobre a doença.....	49
Tabela 14.	Consideração do passado até o presente.....	50
Tabela 15.	Projetos de vida.....	51
Tabela 16.	Como a doença afeta os projetos de vida.....	52
Tabela 17.	Relacionamento com produtividade.....	52
Tabela 18.	Vida conjugal.....	53
Tabela 19.	Vida familiar.....	54

Tabela 20.	Significado atribuído à cabeça.....	54
Tabela 21.	Acréscimos espontâneos 2ª entrevista.....	55
Tabela 22.	Valores observados: Tempo de doença X Significado de adoecer.....	56
Tabela 23.	Valores esperados: Tempo de doença X Significado de adoecer.....	56
Tabela 24.	Valores observados: Tempo de doença X Com o que relaciona a dor.....	57
Tabela 25.	Valores esperados: Tempo de doença X Com o que relaciona a dor.....	57
Tabela 26.	Valores observados: Tempo de doença X Desenvolvimento da dor.....	58
Tabela 27.	Valores esperados: Tempo de doença X Desenvolvimento da dor.....	58
Tabela 28.	Valores observados: Tempo de doença X Busca de outras ajudas antes do médico.....	59
Tabela 29.	Valores esperados: Tempo de doença X Busca de outras ajudas antes do médico.....	59
Tabela 30.	Valores observados: Consideração do passado até o presente X Significado de adoecer.....	60
Tabela 31.	Valores esperados: Consideração do passado até o presente X Significado de adoecer.....	60

Tabela 32. Valores observados: Significado atribuído à cabeça X Significado de adoecer.....	61
Tabela 33. Valores esperados: Significado atribuído à cabeça X Significado de adoecer.....	61
Quadro 1. Categorias de respostas da 1ª entrevista.....	36
Quadro 2. Categorias de respostas da 2ª entrevista.....	38

Introdução: A cefaléia crônica diária (CCD) pode ser estudada de acordo com a perspectiva psicossomática. Considerando-se que a CCD é um grupo heterogêneo de cefaléias e que algumas comorbidades e fatores emocionais estão associados como precipitantes da dor, tais como o estresse, a ansiedade e a depressão; um estudo que leve em conta a sobrecarga emocional e qual o impacto na vida das pessoas afetadas reveste-se de importância. **Objetivo:** A presente pesquisa visa investigar presença de sobrecarga emocional de pacientes portadores de CCD, e os possíveis motivos agravadores de sintomas, bem como conhecer quais os percursos psicológicos, sociais e existenciais desenvolvidos por esses indivíduos. **Casuística e Método:** São sujeitos deste estudo 40 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, atendidos no ambulatório de cefaléias do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada, tendo como referência a Investigação Psicossomática Psicanalítica. **Resultados:** A amostra foi composta por 10% dos sujeitos do sexo masculino e 90% do sexo feminino, com idades variando entre 24 e 64 anos. Por se tratar de entrevistas compostas, em sua maioria por questões abertas, optou-se por distribuir as respostas em categorias. Ao conhecer o significado de adoecer, as categorias que mais apareceram foram: sofrimento psíquico (35,53%); sofrimento físico (23,68%); prejuízo no trabalho (19,74%) e prejuízo social (10,52%). Quanto ao questionamento com os fatores que relacionavam a dor, as principais categorias foram: o nervosismo (23,16%);

preocupação (15,79%) e tensão (11,58%). Na investigação de como se desenvolvia a dor, o que mais se verificou foram: tentativas de auto-cura (27,36%); diferentes tipos de dor (16,98%) e provocadas pelas emoções (13,2%). A questão referente às conseqüências acarretadas pela dor mostrou que a grande maioria descreveu interromper as atividades. O tempo de doença variou entre dois e mais de quarenta anos de dores de cabeça. Foi observado, ainda, se os portadores de CCD têm hipóteses diagnósticas a respeito das suas dores ou “insight” pessoal sobre a doença. Entre elas, fatores psíquicos poderiam desencadear a dor com 48,84% e 34,88% não têm hipótese a respeito das suas dores de cabeça. **Conclusões:** Pode-se concluir que existe sobrecarga emocional em pacientes portadores de CCD, e que o funcionamento característico dos transtornos psicossomáticos e do pensamento operatório está diretamente relacionado com suas queixas. Também foram observados aspectos de depressão relacionados ao funcionamento emocional desses indivíduos.

Palavras-chave: Medicina psicossomática, Estresse psicológico, Sobrecarga emocional, Transtornos da Cefaléia.

Introduction: Chronic daily headache (CDH) can be studied according to the psychosomatic perspective. Considering that CDH is a heterogeneous group of headaches and that some comorbidity and emotional factors can trigger the pain such as stress, anxiety and depression; a study that takes into account the emotional overload and its impact on the affected people's lives is very important. **Objective:** This research aims to investigate the presence of emotional overload in patients with CDH, and the possible reasons which may impair the symptoms as well as to know which are the psychological, social and existential aspects developed by these people. **Casuistic and Method:** The subjects of this study were 40 patients of both genders, over 18 years of age, who attended the headache clinic of Hospital de Base, Medical School of São José do Rio Preto. A semi-structured interview as reference to the Psychosomatic Psychoanalytic Investigation was used. **Results:** The sample comprised 10% of males and 90% of females, the ages ranging from 24 to 64 years old. Since the majority of interviews were made up of open questions, it was decided to divide the answers into categories. The most frequent categories when they knew the meaning of getting sick were: psychical suffering (35.53%); physical suffering (23.68%); damage at work (19.74%) and social damage (10.52%). Regarding the question about factors related with pain, the main categories were: nervousness (23.16%); preoccupation (15.79%) and tension (11.58%). The question on how the pain was developed, the most frequent categories were: the attempt at self-cure (27.36%), different kinds of pain (16.98%) and affected by emotions (13.2%). The question on the

consequences of the pain, the majority reported the interruption of their activities. The length-time of the disease varied between 2 and 40 years with headaches. It was also observed, if the patients with CDH had diagnosis hypotheses regarding their pains or a "personal insight" on the disease. Among them, psychical factors could trigger the pain with 48.84%, and 34.88% of them did not have hypothesis regarding their headaches. **Conclusions:** In conclusion, there is some emotional overload in patients with CDH, and the typical performance of the psychosomatic disorders and the operating mind control is directly related with the patient's complaints. It was also observed aspects of depression associated with the emotional functioning of these people.

Key-words: Psychosomatic medicine, Psychological stress, Emotional overload, Headache disorders.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A idéia de que as doenças orgânicas não são decorrentes apenas de fatores biológicos, ou seja, de que o corpo é susceptível às vicissitudes da mente, tem se concretizado na compreensão de que a saúde de um indivíduo se encontra diretamente relacionada à sua própria história.^(1,2)

Desde os primórdios da existência do Homem, nas suas organizações, relações com seus semelhantes e com o meio que os circundavam, o combate entre a Vida e a Morte e a oscilação entre a saúde e a doença têm sido interrogados. Vale confirmar que o entendimento sobre o adoecer passou por inúmeras transformações. Na antiguidade, acreditava-se que as forças sobrenaturais interferiam diretamente no processo do adoecer e essas crenças mantinham as práticas terapêuticas, assim como as concepções de vida, saúde e morte.⁽²⁾

Toda a evolução que foi surgindo em diferentes culturas favoreceu também o desenvolvimento de concepções e procedimentos na busca de uma sistematização dos eventos que estariam implicados no adoecer. Foram várias as tentativas esboçadas pelo homem para compreender o funcionamento de seu organismo, implicado nos mistérios de sua existência. Durante esse trajeto até a atualidade, as influências foram muitas, como, por exemplo, da filosofia e da investigação científica. Esse desenvolvimento propiciou reflexões sobre as relações entre corpo e espírito, isto é, interesse pelas manifestações mais abstratas da existência humana. Ao final do século XIX, já havia condições de constatação e investigação das dimensões subjetivas presentes nas

manifestações orgânicas, favorecendo o desenvolvimento de novas perspectivas terapêuticas, incluindo tais dimensões não apenas na compreensão, mas no tratamento das doenças.^(1,2)

Apesar de o termo *psicossomática* ter sido utilizado pela primeira vez, já em 1818, pelo psiquiatra alemão Heinroth (1773 – 1843) quando ressaltou a importância da integração dos aspectos físicos e psíquicos do adoecer, a maioria dos pioneiros da psicossomática foi oriunda do movimento psicanalítico. Convém ressaltar que após a descoberta da psicanálise por Freud, surgiram teorias e especulações sobre as doenças psicossomáticas, diferenciando-a dos transtornos conversivos. Sua estruturação deu-se nos debates gerados pelos grupos de analistas bem como de suas influências recíprocas. Contudo, a consolidação desse movimento ocorreu em meados do século XX com Alexander, entre outros, na “Escola de Psicossomática de Chicago”, onde visavam compreender as relações entre as reações emocionais e respostas do sistema vegetativo e do Sistema Nervoso Central.⁽²⁻⁵⁾ De qualquer modo, não se pode ignorar a contribuição da psicanálise na medicina quanto à relação daquele que trata com aquele que é tratado uma vez que ela propiciou ao indivíduo acompanhar todo o processo de sua mente e de sua vida, possibilitando maior compreensão de si, assumindo-se como sujeito e não se mantendo mais alienado.⁽¹⁾

1.1. Psicossomática Psicanalítica

A psicanálise, desde Freud, vem contribuindo com a evolução a respeito do entendimento das relações entre o psíquico e o somático já que sua teoria propõe e reformula modelos para a compreensão de tais relações. A psicanálise é um método de investigação, apoiado em uma teoria sobre o psiquismo experiência humana.^(2,6)

Impende observar que o destaque da obra freudiana é que a representação do sintoma corporal transcende à norma anatômica e isto significa entender que, paralelamente ao desenvolvimento biológico, estrutura-se, no ser humano, uma representação imaginária de seu corpo que o vincula a uma ordem cultural e lingüística. Vários autores como Marty, Mc Dougall, Winnicott, entre outros, destacaram a importância dessas dimensões.⁽²⁻⁵⁾

De acordo com Winnicott,⁽⁷⁾ o desenvolvimento da psique de um indivíduo se dá pelo crescimento dos aspectos psíquicos e somáticos inter-relacionando-se e, aos poucos, esse corpo, com limites internos e externos, formará o cerne do eu imaginário. Para ele, uma das raízes da mente está justamente no desenvolvimento variável do psicossoma, influenciado diretamente por ameaças presentes na adaptação ambiental. Sendo assim, torna-se fundamental um ambiente tão “perfeito” quanto possível. Cabe à mãe a função de tentar evitar que maiores complicações, além daquelas que o bebê pode suportar, o alcancem. Ele afirma: “...Mas a psique-mente será colocada por ele em algum lugar, ou dentro da cabeça ou em alguma relação especial com a

cabeça, e isto pode vir a constituir-se numa causa importante para a dor de cabeça enquanto sintoma”.

Quanto à condição de enfermidade no transtorno psicossomático, Winnicott, em outro trabalho,⁽⁸⁾ afirma que o que a define não é o estado clínico, manifestado pela patologia somática, e sim a cisão feita pelo paciente ao separar o cuidado da psique do cuidado do soma. Esse fenômeno é regressivo e emprega resíduos arcaicos no estabelecimento de uma organização defensiva. Para o autor, o transtorno psicossomático relaciona-se a um ego fraco que dependeu de uma maternagem que não foi suficientemente boa, implicando, assim, uma cisão na personalidade do indivíduo.

Convém observar que apesar da psicanálise e a psicossomática estarem integradas, quanto às relações dialéticas entre elas, a psicanálise pode ser destacada de duas formas: como *operadora teórica*, pois oferece a compreensão entre o psíquico e o somático e das funções do psiquismo no equilíbrio psicossomático; como *operadora clínica*, propiciando uma referência de escuta, leitura e interpretação e ampliando as possibilidades das consultas terapêuticas, psicológicas, médicas ou de quaisquer profissionais da saúde.⁽²⁾ A psicossomática, além de englobar o seu território, vai além dele, o que se torna uma situação um pouco complexa em relação à medicina.⁽⁹⁾

Segundo Volich,⁽²⁾ na tentativa de entender as dinâmicas do adoecer, a psicossomática pretende estabelecer um método que considere, na clínica do paciente, as dinâmicas emocionais e sua história. Esse tipo de investigação, que considera a dimensão somática na mesma perspectiva mental de um

indivíduo, tem como objetivo instituir um diagnóstico que encaminhe a conduta terapêutica, evitando fixar o sujeito em uma única descrição.^(1,2,4,5)

Dessa forma, os elementos investigados permitem constituir uma *classificação psicossomática*, favorecendo a compreensão da experiência do paciente. A classificação integra informações médicas (somáticas) e mentais dentro de uma perspectiva diagnóstica, prognóstica e terapêutica. Desse modo, a medicina e a psicossomática se ajudam mutuamente, confiando uma à outra, seus setores de maior competência.⁽⁹⁾ Essa compreensão se estende, ainda, dentro de uma perspectiva genética, estrutural, econômica e relacional. Trata-se da tentativa de descrição das estruturas e dinâmicas psíquicas, consideradas pela psicanálise, segundo a história de cada paciente, seus momentos de fixação e regressão, e os momentos de desorganização dos sistemas mentais e somáticos.^(1,2)

Convém dizer que até os dias atuais, temos um grande número de pesquisas que buscaram estabelecer correlações estatísticas entre manifestações patológicas e certas características de personalidade. Estudos foram desenvolvidos, visando compreender a relação entre as emoções e o surgimento e evolução das doenças, relacionadas ao estresse, como as Teorias de Estresse.^(2,10)

Em 1936, Selye descreveu a Síndrome Geral de Adaptação, como sendo um conjunto de reações fisiológicas com o objetivo de preparar o organismo para defender-se de agressões. Também descreveu a noção de *stress* como sendo o elemento real ou imaginário que desencadearia, de forma aguda ou crônica, a Síndrome Geral de Adaptação.^(2,11,12) Wolff defendeu a idéia de uma

especificidade da resposta funcional do indivíduo a certas situações de vida. Investigou as implicações das atitudes corporais no nível fisiológico, partindo da noção de stress ligada a eventos da vida.⁽¹³⁾ Por conseguinte, nas tentativas de adaptação à presença de stress, o indivíduo pode, então, tornar-se mais vulnerável a doenças.^(2,11)

Outras observações conduziram ao incremento de pesquisas que buscaram compreender as relações entre as emoções e o sistema imunológico. No Brasil, há um grupo precursor da medicina psicossomática que proliferou com base no trabalho de psicanalistas em hospitais de ensino. Sendo assim, foi criada a oportunidade para que futuros médicos partilhassem desses conhecimentos e influenciassem jovens profissionais nessa mesma direção. Transpondo os limites das faculdades de Medicina, outros profissionais da saúde foram tocados, favorecendo a construção da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, que existe desde 1955.^(3,14) A história e desenvolvimento da psicossomática correspondem à transformação do pensamento e ação médica, incluindo a dimensão simbólica do homem na geração da doença e da saúde, além de imprimir ciência e técnica à arte de tratar doentes.⁽¹⁴⁾

Os transtornos clínicos classificados pela psiquiatria como transtornos somatoformes (TSs), a clínica médica os define como síndromes somáticas funcionais (SSFs) e são muito freqüentes na prática médica. Como é comum a sobreposição de quadros clínicos, alguns autores como Bombana,⁽¹⁵⁾ questionam a existência de mais de um diagnóstico, tanto entre os TSs como entre as SSFs, inclusive enquanto comorbidade. Devido a essa realidade, a

abordagem integrada adquire característica essencial naqueles indivíduos que sofrem de sintomas somáticos inexplicados clinicamente.

Este campo impreciso sugere que aconteçam modificações em termos de conceitualização, classificação diagnóstica e abordagem terapêutica. Bombana ainda sugere que os quadros somáticos que estejam associados à depressão e/ou ansiedade configurem categorias definidas com a integração dos princípios dos tratamentos psiquiátrico e psicológico, aos cuidados médicos, sem perder de vista o paciente como um ser constituído por corpo, mente e meio social, portanto, o entendimento psicossomático.

Apesar das dificuldades e também dos avanços na área, o clínico continuará solicitado a investigar a história e a experiência de seu paciente, buscando o sentido dos sintomas e o conjunto de expressões da doença psicossomática que pode ter relevância na superação do seu sofrer.^(1,2)

Quando se fala em superação do sofrer, entra-se nos aspectos de promoção de saúde, e, portanto, não se devem enfatizar fatores meramente individuais, como também das manifestações em dimensões coletivas. Essa preocupação faz com que os profissionais da saúde possam desenvolver recursos para os indivíduos lidarem com dor em seus diversos estados e estágios. Tanto os órgãos quanto os aparelhos e sistemas podem evidenciar alterações nas suas funções, na presença de qualquer emoção ou pensamento.⁽¹⁶⁾ Grunspun ainda alega que os sintomas e os transtornos psicossomáticos podem ser classificados de acordo com os diferentes sistemas e suas manifestações clínicas em cada órgão ou grupo de órgãos de sistema: sistema respiratório; sistema digestivo; sistema dermatológico; sistema

cardiovascular; sistema urinário; sistema músculo-esquelético; sistema glandular; sistema dos órgãos do sentido e sistema nervoso central, que é o alvo deste estudo, especificamente, as cefaléias crônicas diárias.

Por se tratar de uma doença que acomete grande parte da população (variam de 0,5 a 6%),⁽¹⁷⁾ é que a cefaléia crônica diária precisa ser mais bem entendida para poder aumentar o benefício a um número cada vez maior de indivíduos afetados.

1.2. Cefaléia Crônica Diária

Considerar a dor nos seus trajetos e mecanismos, envolvidos na percepção da cefaléia, remete-nos, diretamente à descrição e classificação da mesma.

O termo cefaléia vem do grego *kephalé* que significa cabeça, portanto, sinônimo de **dor de cabeça**.⁽¹⁸⁾ Aplica-se a todo processo doloroso do segmento cefálico, originando-se em qualquer das estruturas faciais ou cranianas. As estruturas cefálicas que são sensíveis à dor incluem todas as estruturas faciais superficiais ou profundas, além de determinados vasos e artérias. Os mecanismos envolvidos nas cefaléias são: 1) deslocamento, tração, distensão, irritação ou inflamação das estruturas sensíveis à dor; e 2) vasodilatação.⁽¹⁹⁾

A descrição de casos de dor de cabeça data de há mais de 3.000 anos, contudo, o estudo da cefaléia engatinhou durante muito tempo, provavelmente, porque, apesar de incomodar, as cefaléias do tipo primário têm natureza

episódica e não são causadoras de mortalidade.^(18,20) Só por volta dos anos 30, é que um pesquisador americano, Harold Wolff, transformou o estudo da dor de cabeça numa pesquisa programada o mais completa possível. Desde então, um maior impulso foi dado e, a partir de 1980, iniciou-se a organização da Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS), que publicou, em 1988, uma nova classificação, com critérios diagnósticos, para cada tipo de cefaléia.^(18,19,21) As cefaléias, independentemente do tipo, estão entre as queixas mais comuns na medicina.

Quanto à cefaléia crônica diária (CCD), as estimativas são de que corresponde à maioria dos diagnósticos dos indivíduos que procuram uma clínica especializada no assunto.⁽²¹⁻²³⁾ A grande maioria, entre elas a CCD, apresenta um dos tipos primários, mas é fundamental que o diagnóstico esteja correto, pois as cefaléias secundárias podem estar associadas a patologias graves, e se não tratadas adequadamente, podem acarretar a morte.^(19,23) Deve-se acrescentar que existem vários estudos epidemiológicos a respeito e sua incidência variou entre 30 e 70%.⁽²³⁾

Quanto à classificação, convém esclarecer que a Sociedade Internacional de Cefaléia foi criticada em sua abordagem da cefaléia crônica diária visto que sua classificação, além de incômoda, requer múltiplo diagnóstico. Devido a isso, Silberstein e Lipton^(21,22) propõem um critério alternativo para uma aproximação diagnóstica mais fácil de aplicar e mais econômica. De um modo geral, as cefaléias crônicas diárias são conceituadas como um grupo de cefaléias não paroxísticas, com duração de 4 horas por dia ou mais, por mais de cinco dias por semana, por períodos superiores a seis meses.^(17,24) A

maioria desses pacientes apresentou, no passado, migrânea episódica ou cefaléia tipo tensional episódica ou crônica. Sintomas como náusea, vômitos, foto, fono e osmofobias, dor unilateral e pulsátil podem ocorrer.^(21,23)

Nesses pacientes, a dor, em geral, teve início na fase dos 10 aos 30 anos e se transformou em diária de forma gradual. Eventualmente, podem ocorrer crises intermitentes sobrepostas à dor diária, sobretudo naqueles com uma história progressiva de enxaqueca e história familiar de cefaléia. O diagnóstico se dá menos freqüente com o aparecimento de sintomas de forma súbita, o que pode ocorrer em função de algum traumatismo, infecção, manipulação cirúrgica ou grande trauma emocional.^(17,23,24)

Convém esclarecer que a Sociedade Internacional de Cefaléia também foi criticada quando elaborou a segunda classificação (ICHD-2),⁽²⁵⁾ que contém algumas falhas. Galego,⁽²⁶⁾ por exemplo, descreve a CCD como resultado da convergência de vários tipos de cefaléias que fazem parte da segunda edição da Classificação Internacional das Cefaléias.

Além disso, manifestações psicossomáticas e sintomas psicológicos são freqüentemente encontrados na CCD,⁽²¹⁾ entre eles, os depressivos severos que foram considerados fator de perpetuação da migrânea transformada, mais do que um fator de risco para o desenvolvimento da migrânea episódica em migrânea transformada.⁽²⁷⁾

A dor crônica compromete o indivíduo em diversas facetas de sua vida e o impacto psicossocial causado por ela torna-se onipresente. A prevalência da dor crônica oscila de 45% a 80% nas unidades de internação hospitalar, e as cefaléias, entre outras doenças, estão entre as queixas mais comuns da

procura pelas clínicas de dor. De acordo com Yeng e Teixeira,⁽²⁸⁾ mais de 1/3 dos pacientes brasileiros que buscam esses atendimentos, relatam que a dor crônica compromete as atividades habituais e mais de 3/4 deles a considera como limitante para atividades recreacionais, além das relações familiares e sociais. A consequência é um declínio significativo na funcionalidade geral dos indivíduos afetados pela dor crônica.

Ao processo que altera as características de percepção de uma dor que perdura como a dor crônica, além das mudanças de humor e comportamento que preponderam sobre as queixas, foi denominada modulação.⁽²⁹⁾ Esse processo provoca alterações de comportamento, como a depressão normalmente associada à dor crônica.

1.3. Comorbidades Associadas

Cuidar de pacientes com CCD representa um desafio para os profissionais da saúde uma vez que seu tratamento, muitas vezes, é difícil e frustrante. Vários estudos têm demonstrado a presença de comorbidades psiquiátricas presentes tanto na enxaqueca quanto na cefaléia do tipo tensional e na cefaléia crônica diária.^(27,30-33) Em virtude disso, o tratamento deve incluir os aspectos psiquiátricos.

Outro item importante é evitar o uso excessivo de medicamentos sintomáticos já que a sua retirada propicia melhora expressiva da cefaléia mesmo em pacientes que apresentem significativas alterações psicológicas. Entretanto, alguns pacientes não demonstram melhoras após a suspensão do

seu uso excessivo. Por esse motivo, torna-se necessário identificar os possíveis fatores de perpetuação e/ou desencadeantes de crises de cefaléia para serem integrados à conduta terapêutica.^(21,24,34)

Como o desencadeante mais freqüente e o fator de maior perpetuação dos ataques de cefaléias e enxaquecas identificou-se o estresse, que pode exigir do corpo meios para tentar mantê-lo em equilíbrio.^(35,36) Se essa atividade for contínua, isso contribui para o desenvolvimento de doenças.⁽¹²⁾

O processo que provoca o aumento na produção de hormônios e de alguns neurotransmissores essenciais para a homeostase e adaptação da vida diária em função do estresse, foi denominado *alostase*.⁽³⁷⁾ Esses elementos químicos promovem adaptação ao organismo e, geralmente, são benéficos. Contudo, se esses mediadores são usados excessivamente por estresse constante, comum na vida moderna, há mudanças cumulativas que produzem desgaste no corpo e no cérebro chamado *sobrecarga alostática*. Neste sentido, deve-se dizer que os processos que protegem o organismo podem provocar efeitos prejudiciais nas tentativas do corpo para conter os desafios provocados por eles.^(37,38)

Além disso, alguns transtornos físicos e psíquicos podem ser desencadeados pelo estresse crônico como a depressão em que a desordem afeta o corpo todo, incluindo o próprio cérebro.⁽³⁸⁾ Também é sabido que dores de cabeça, geralmente, são exacerbadas por estresses psicológicos, quer sua causa primária básica seja médica ou psicológica.⁽³⁹⁾ Kaplan, Sadock e Greeb apontam que muitos indivíduos vulneráveis à dor de cabeça, nos períodos de

estresse emocional, e que apresentam alguns transtornos psiquiátricos como ansiedade e depressão dizem ter dores de cabeça como sintoma proeminente.

Ansiedade e depressão estão amiúde associadas à somatização, pois seus sintomas, muitas vezes, apresentam-se em forma de queixas somáticas.⁽⁴⁰⁾ Um grande número de pesquisas têm sido feitas a respeito dos fatores psicológicos, como estressores psicológicos, estilo de personalidade, condicionamento e questões psicodinâmicas, representando um papel na etiologia de dores de cabeça. Os resultados sugerem a relação bidirecional entre enxaqueca e depressão, pois cada desordem aumenta o risco da outra. A ansiedade também é comorbidade freqüentemente identificada nas dores de cabeça e, portanto, deve ser considerada no planejamento do tratamento das cefaléias.^(30,41,42)

Pesquisadores de um instituto especializado em dor de cabeça de Michigan⁽⁴³⁾ enfatizam que desordens afetivas ocorrem, em uma proporção três vezes maior, em pessoas que sofrem de enxaqueca do que na população geral e que essa prevalência aumenta nas populações clínicas neurológicas, principalmente nas que sofrem de cefaléia crônica diária. Para aqueles que apresentam esse tipo de comorbidade, o prognóstico para o tratamento fica prejudicado. Os autores enfatizam que é um desafio poder empregar método de pesquisa preciso na identificação e classificação de pacientes que sofrem de dor de cabeça e desordens psiquiátricas para avaliar o impacto dos sintomas e tratamentos, e quais estratégias de enfrentamento e tratamentos farmacológicos são indicadas. Eles propõem critérios metodológicos que devem incluir: 1- definir de acordo com a 2ª classificação internacional das

desordens de dores de cabeça (ICHD-2) e o DSM-IV para critérios diagnósticos válidos e fidedignos; 2- diferenciar níveis sub-clínicos de depressão e ansiedade das principais desordens psiquiátricas; 3- desenvolver a validação dos diagnósticos de dor de cabeça ICHD-2; 4- ampliação de pesquisas epidemiológicas para as variações dos eixos I e II do DSM-IV de diagnósticos psiquiátricos entre as várias populações de dor de cabeça; 5- identificação das variáveis comportamentais e psiquiátricas relevantes; e 6- desenvolvimento empírico de algoritmos para o encaminhamento e tratamento.

A dimensão psicológica, cada vez mais, passa a ser admitida como fator de risco para dores de cabeça. Nicholson, Houle, Rhudy e Norton⁽⁴⁴⁾ apontam que a estrutura biopsicossocial amplia a visão a respeito da influência desses fatores no desenvolvimento, curso e conseqüências, sem desconsiderar os circuitos neurológicos como responsáveis pelo fenômeno cognitivo-afetivo e por aqueles interconectados no processo da dor de cabeça. Para eles, tanto as cognições quanto os fatores negativos, como ansiedade, depressão e raiva influenciam no desenvolvimento de ataques de dores de cabeça, percepção da dor, adesão ao tratamento, incapacidades e resultados do tratamento. Conforme esses autores, fatores psicológicos no tratamento da dor de cabeça devem fazer parte das considerações clínicas.

Em concordância com esses achados, Schulman⁽⁴⁵⁾ aponta que fatores psicológicos como estilo de personalidade, condicionamento, estressores psicológicos e aqueles relacionados ao funcionamento psicodinâmico têm importante papel na etiologia das dores de cabeça crônicas. Desordens psiquiátricas, como depressão, ansiedade, de personalidade, conversão e

hipocondria, também, foram apontadas como fatores que podem acompanhar e exacerbar uma crise de dor. Como resultado, o autor afirma que o diagnóstico e tratamento psiquiátrico contribuem para o cuidado médico de pacientes que sofrem de dores de cabeça.

Silva e colaboradores⁽⁴⁶⁾ concordam com esses dados e acrescentam que várias pesquisas têm demonstrado comorbidades comumente encontradas em pacientes portadores de cefaléia crônica diária. Entre as principais, destacam-se depressão, ansiedade e distúrbios do sono. Além dessas, Peres⁽⁴⁷⁾ identificou irritabilidade, labilidade emocional e fibromialgia.

Outro estudo também confirmou a presença de comprometimento cognitivo em pacientes com enxaqueca transformada e detectaram, ainda, pioras no desempenho de memória e atenção nesses pacientes, se comparados ao grupo controle. Além disso, sintomas de ansiedade e depressão foram evidenciados.⁽⁴⁸⁾

A doença mental crônica prejudica a qualidade de vida, a produtividade e aumenta o uso dos serviços de saúde. A depressão, como outras doenças crônicas, requer tratamento e manutenção prolongada, por isso, é preciso elaborar critérios para definir a doença e a resposta ao tratamento, evitando assim, que a pessoa confunda o seu modo de ser e sentir com a própria doença, o que é um aspecto prejudicial. Para que isso não ocorra, o objetivo do tratamento é a remissão total para se evitar futuros episódios.⁽⁴⁹⁾

O quadro da depressão designa-se, de um modo geral, pelo sofrimento psíquico, associado à falta de energia. A sua causa é multifatorial e, normalmente, desencadeada em pessoas geneticamente vulneráveis. O

diagnóstico impreciso e a falha no tratamento contribuem para o prolongamento do sofrimento e agravamento dos problemas nas mais variadas esferas. Devido às conseqüências que podem ser graves, chegando ao suicídio, requer, portanto, diagnóstico adequado.⁽⁵⁰⁾

O impacto da morbidade da depressão deve ser considerado nas diferentes enfermidades clínicas visto que há muitas situações em que, ela é considerada fator agravante da doença. Estima-se que a prevalência de quadros depressivos, na população geral, acometa de 3% a 5% desta, elevando essa incidência para 5% a 10% em pacientes ambulatoriais.⁽⁵¹⁾ Esses quadros podem ser divididos em: a) a reação de ajustamento com humor deprimido; b) depressão secundária; c) transtorno depressivo induzido por medicamentos; d) episódio depressivo maior desencadeado ou agravado por uma doença clínica ou pós-operatória; e) condição médica desencadeada ou agravada por transtorno depressivo.⁽⁵²⁾

A presença de depressão agrava os diversos fatores ligados à saúde de pacientes clínicos, no entanto, é sub-diagnosticada e mesmo se o for corretamente, poderá ser tratada inadequadamente. Muitas vezes, a avaliação correta é dificultada pela sobreposição dos sintomas depressivos aos da doença clínica. Essa dificuldade gera a necessidade de se definir critérios e estes são agrupados de acordo com tipos de abordagens.⁽⁵¹⁾ Teng, Humes e Demetrio, apresentam os tipos de abordagens para a definição de critérios diagnósticos para a depressão em pacientes clínicos: inclusiva, excludente, etiológica e substitutiva.

A abordagem etiológica é utilizada pelo DSM-IV-TR.⁽⁵³⁾ com o diagnóstico pela inferência de causalidade. Além dessas, existem várias entidades que compõem o estudo da depressão e receberam as denominações: depressão de luto normal, psicose melancólica, depressão neurótica, depressão anaclítica, etc. Segundo Bleichmar,⁽⁵⁴⁾ é um risco tentar tomar o consenso de um conjunto de interlocutores.

Atualmente, conta-se com escalas e instrumentos de classificações, mas a história detalhada continua essencial na avaliação diagnóstica. Complementando essa importância, é fundamental o conhecimento de que a depressão está relacionada à doença física e de várias maneiras. Ela pode aparecer como primeiro sinal de uma doença física, causada por fármacos e mascarada por queixas de doença física que incluem as dores de cabeça.⁽⁵⁵⁾

A depressão também causa um grande impacto sócio-econômico já que se situa entre as doenças mais comuns do homem. Além disso, tem elevada tendência à recorrência e à cronicidade, contribuindo para longos períodos de incapacitação. Os custos a ela associados são significativamente maiores, uma vez que compromete as relações interpessoais e sociais, favorece a queda na produtividade e sua conseqüente diminuição nos salários e aumento nos dias de licença médica.⁽⁵⁶⁾

A comorbidade entre pacientes psiquiátricos é alta e, por volta da metade dos indivíduos em acompanhamento psiquiátrico, recebe mais de um diagnóstico. Existem conseqüências ocasionadas pelas comorbidades e Cordás e Salzano⁽⁵⁷⁾ as dividem em três sub-itens: 1) impacto sobre a eficácia do tratamento; 2) impacto no curso do quadro e 3) custos sociais.

Se provavelmente os fatores psicossociais estão presentes na origem do transtorno depressivo, é preciso analisar cada caso com cautela para se verificar se a mesma é resultante, por exemplo, de luto ou de melancolia. São indivíduos que vivenciam perturbações na sua auto-estima, relacionadas a motivos inconscientes, vinculados a relações infantis insatisfatórias. Também existem indivíduos com disposição patológica prévia que experimentam perdas, gerando depressão patológica. Geralmente, o fator biológico é a tônica da depressão patológica, enquanto que na melancolia a tônica recai na perda objetal, situada a nível inconsciente.⁽⁵⁸⁾

A reação normal às perdas é a tristeza que pode ser de uma pessoa, objeto, estado de saúde, prestígio ou auto-estima. Esse processo pelo qual a tristeza é resolvida é o luto e se é completado com sucesso, propicia uma reorganização na qual a pessoa readquire a condição de desenvolver novos vínculos afetivos. Entretanto, se o luto é alterado com intensificação ou prolongamento, é preciso fazer o diagnóstico de depressão.⁽⁵⁵⁾

1.4. Depressão na visão Psicanalítica

Freud, em seu trabalho “Luto e Melancolia” (1917), estabeleceu comparação entre o afeto normal do luto, também chamado depressão psicogênica, e a melancolia ou depressão patológica.⁽⁵⁸⁾

Sob o ponto de vista psicanalítico, o autor definiu a depressão como a reação à perda de objeto. Ele descreveu a depressão em termos de melancolia

e a difere do luto no que diz respeito à perturbação da auto-estima que está ausente nele:

“Os traços mentais distintivos da melancolia são desânimo profundamente penoso e cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição”.⁽⁵⁹⁾

Freud enfatiza que tanto o luto quanto a melancolia constituem uma reação à perda de um objeto amado. “...No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio ego”.

Para ele, a característica mais marcante da melancolia é a insatisfação com o ego. Posteriormente, observa-se que as auto-acusações do melancólico se ajustam a alguém que a pessoa ama, amou ou deveria amar e que foram deslocadas para o próprio ego. Não há um deslocamento da libido, direcionada inicialmente, a um objeto para um outro, e sim foi retirada para o objeto. Trata-se de identificação narcisista com o objeto que se torna um substituto da catexia erótica.

A noção de narcisismo foi descrita por Freud. Inicialmente, nada mais do que uma *identificação narcísica* com o objeto, mas com a elaboração da segunda tópica essa concepção se apaga. É dado o nome, então, de narcisismo primário a total ausência de relações com o meio, pela indiferenciação entre ego e id. Ao narcisismo do ego por identificação com outrem, retirado aos objetos, foi denominado narcisismo secundário.⁽⁶⁰⁾ “O

narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda a sua libido em si mesma. O narcisismo secundário designa um retorno ao ego da libido retirada dos seus investimentos objetivos.”

Os fatores que propiciam a doença na melancolia, em sua maioria, incluem situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, além de uma experiência de perda por morte. Essa realidade pode trazer sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente. Pelo exposto, a perda do objeto, ambivalência e regressão da libido ao ego são as três pré-condições da melancolia. Nesse processo, encontra-se o ideal de ego que está conectado ao conceito de superego e resulta dos ideais do próprio ego, de modo que possa ser considerado herdeiro do ego ideal. O que se deseja é corresponder às expectativas dos outros que passam a ser as suas também. É o mecanismo do narcisismo onde se ocupa o lugar do ideal do ego no próprio ponto em que o sujeito projeta o seu ego ideal.⁽⁶¹⁾

Convém esclarecer que a expressão “ideal do ego” sofreu variações na obra de Freud, e provém do fato de que está, estreitamente, ligada à noção de superego. Ora aparecem como sinônimos e, em outros textos, a função do ideal do ego é atribuída a uma instância diferenciada. De qualquer forma, a psicanálise atesta que o termo superego não apagou o ideal do ego. O primeiro corresponde à autoridade; o segundo, à forma como o sujeito deve comportar-se para corresponder à expectativa da autoridade.⁽⁶⁰⁾

Dentro dessa compreensão psicanalítica da depressão, Freud mostrou que a relação interna dominante é com um objeto que demanda total obediência com a ilusão associada de ser totalmente fiscalizada pelo objeto. A

identificação absoluta se quebra quando as necessidades surgem, mas a identificação com o objeto idealizado ainda permanece. Para ele, a perda do objeto foi transformada em perda de ego.⁽⁶²⁾ Lucas, ainda, aponta que, inicialmente, Freud se referiu à melancolia como uma neurose narcisista, sendo depois revisado com a introdução dele do modelo estrutural, como uma doença do superego. Na depressão, o estado narcisista predomina e toma a forma de uma ilusão de ser um superego que tudo provê, divino, mas também vivendo com medo de ser expulso desse lugar se qualquer dúvida ou curiosidade se desenvolve.

Karwautz, Wöber-Bingöl e Nöber⁽⁶³⁾ alegam que algumas idéias de Freud e os conceitos da psicanálise devem ser considerados historicamente interessantes, mas antiquados. Porém, outras idéias, como os mecanismos de conversão, neurose vegetativa, aspectos de narcisismo e importância de fatores psicossociais deveriam ser elementos integrantes em pesquisas de enxaquecas. Convém observar que esses psicanalistas olharam para a evidência empírica da relevância de uma avaliação individual da influência dos fatores biológicos, psicológicos e psicossociais na patogênese da dor, apoiando suas idéias mediante estudos controlados e concluíram que a psicodinâmica aproxima a enxaqueca das dores de cabeça e contribui para um entendimento melhor dessas desordens. Apontam, ainda, que conceitos psicodinâmicos e modelos comportamentais deveriam complementar cada um e ambos deveriam ser parte do tratamento atual de enxaqueca.

Seguindo a linha de pensamento de Freud, Chiozza⁽⁶⁴⁾ postulou que a enfermidade somática constitui uma forma defensiva, expressa nos sintomas

corporais, tornando inconscientes os termos de um conflito. Ele apoiou-se em três elementos centrais para decifrar os principais componentes das cefaléias:

- 1- É possível encontrar um significado inconsciente inerente a toda forma, função ou processo somático, seja normal ou patológico;
- 2- todo processo corporal corresponde a uma fantasia inconsciente que é específica desse processo ou inerente a ele;
- 3- os processos somáticos, que a consciência interpreta como fenômenos desprovidos de significado afetivo, correspondem a processos de descarga que se produzem, valendo-se de um feixe que constitui o significado inconsciente do processo somático.

Para ele, os processos vegetativos cerebrais fazem parte do feixe de inervação normal dos processos de pensamento e que passa a ser conservado na memória inconsciente. Dessa forma, o pensamento e a ação estão indissolúveis no inconsciente. Essa integração é tão íntima quanto o pensamento e a experiência uma vez que o trabalho de pensamento ou elaboração psíquica cumpre a função de moderar os afetos, devido às relações entre pensamento e ação de um lado, e afeto e ação de outro. Segundo Chiozza, nas várias enfermidades somáticas, ocorre uma decomposição do feixe de inervação dos afetos implicados em um conflito atual.

Deve-se ressaltar que esse campo vasto e complexo direciona a atenção para a associação entre a síndrome depressiva e as doenças clínicas já que a primeira é companheira freqüente de quase todas as doenças clínicas crônicas, elevando as complicações. Vale reafirmar que é fundamental o correto tratamento da doença clínica, pois depressão e doença crônica interferem uma

na outra e piora a evolução tanto do quadro psiquiátrico quanto da doença clínica afetada.⁽⁵¹⁾

Considerando que a cefaléia crônica diária é um grupo heterogêneo de cefaléias e que alguns fatores estão associados como precipitantes da dor, como o estresse, a ansiedade e a depressão,^(34,41,42,47,48,65-69) um estudo que leve em conta a sobrecarga emocional e qual o impacto na vida das pessoas afetadas reveste-se de importância. Cada vez mais, são valorizados programas especializados para que se possa melhorar a qualidade dos atendimentos e, conseqüentemente, aumentar o nível de satisfação, e a redução na frequência, intensidade e duração das crises. O presente projeto visa investigar a significação subjetiva e os possíveis motivos agravadores de sintomas de portadores de CCD, bem como conhecer qual o percurso psicológico, social e existencial, desenvolvido por esses indivíduos.

1.5. Objetivos

1.5.1. Geral

Este trabalho tem como objetivo geral investigar a presença de sobrecarga emocional de pacientes portadores de cefaléia crônica diária e seu impacto na vida pessoal dos mesmos com suas necessidades e respostas.

1.5.2. Específicos

Os objetivos específicos são:

- Investigar a significação subjetiva e os possíveis motivos agravadores de sintomas de cefaléia crônica diária;
- Investigar qual o tipo de vínculo estabelecido entre a cefaléia crônica diária com outros aspectos relevantes da história pessoal desses indivíduos;
- Investigar qual a relação entre os afetos e os sintomas daqueles que padecem de cefaléia crônica diária e qual os percursos psicológicos, sociais e existenciais desenvolvido por eles.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1. Sujeitos

São sujeitos desta pesquisa, 40 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, atendidos no ambulatório de cefaléias do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, sorteados aleatoriamente dentre os 100 sujeitos admitidos no estudo de classificação diagnóstica de cefaléia crônica diária, intitulado *Cefaléia Crônica Diária: Classificação, Estresse e Impacto sobre a Qualidade de Vida*, de José Carlos Busto Galego, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto pelo parecer nº 273 / 2004.

Foram excluídos sujeitos que se recusaram a participar e portadores de outras patologias.

2.2. Método

Para a realização desta análise, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada, calcada na leitura clínica da entrevista psicanalítica. Trata-se de uma entrevista composta de três partes: a primeira contém dados de identificação; a segunda, dados sobre a história da doença e a terceira contém aspectos da vida pessoal. Esse roteiro foi desenvolvido pela pesquisadora, tendo como referência a *Investigação Psicossomática Psicanalítica*.⁽¹⁾
(Apêndice 1)

Os sujeitos sorteados para esse trabalho foram convidados a participar, e somente admitidos após receberem a informação dos objetivos do mesmo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seu consentimento formal. (Apêndice 2)

O estudo em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto pelo parecer nº 049 / 2006. (Anexo 1)

2.3. Procedimento

De posse do número dos prontuários dos cem sujeitos classificados no estudo Cefaléia Crônica Diária, citado acima, foi realizado um sorteio de 40 sujeitos para que, nos retornos do referido Ambulatório, os mesmos fossem convidados a participarem do estudo.

Para aqueles que se recusaram a participar, passou-se a sortear tantos sujeitos quantos foram os números de recusas, até que se chegou ao número de 40 sujeitos.

Logo após o momento da aceitação com leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se a coleta de informações, seguindo-se o roteiro de entrevista elaborado para esse fim. Foram necessários dois encontros para concluir a coleta. As entrevistas tiveram, em média, 50 minutos de duração cada e foram gravadas para que os dados fossem transcritos da maneira mais fidedigna possível. Depois da

transcrição da mesma, as gravações foram arquivadas e, após cinco anos, serão destruídas.

A primeira entrevista ocorreu no dia do retorno dos sujeitos ao Ambulatório de Cefaléias do Hospital de Base, e a segunda foi remarcada após 15 dias, conforme a disponibilidade de cada um.

2.4. Análise dos Resultados

Os dados foram analisados qualitativamente e relacionados entre si.

Por se tratar de um procedimento descritivo e interpretativo, iniciou-se a análise dos dados pela pesquisadora, com um agrupamento categorial de respostas, de acordo com as seguintes etapas:⁽⁷⁰⁾

1. Ler / ouvir amplamente toda a entrevista do princípio ao fim, quantas vezes necessário, para apreender o sentido geral do fenômeno que foi sendo indagado;
2. Marcar e/ou por em evidência, transcrevendo os significados das unidades de análise que foram sendo selecionadas;
3. Obter uma “unidade de significação”, ou seja, uma parte da descrição cujas frases se relacionavam umas com as outras após a releitura de cada depoimento;
4. Agrupá-las em temas ou categorias que expressavam o “insight” psicológico nelas contido, sintetizando todas as unidades de significado, transformando a linguagem coloquial do entrevistado em discurso psicológico.

Nesse momento do processo, a análise do fenômeno, quanto à perspectiva psicológica, esteve ancorada no método psicanalítico de investigação da experiência humana.^(70,71)

Convém observar que esta avaliação exigiu sistematização do conhecimento para a elaboração de forma racional e inteligível uma vez que trata-se de **análise de conteúdo** que objetiva sistematizar as falas, descobrir relevâncias que se repetem, e, sobretudo, a expressão apropriada do depoimento dos participantes. Não se desprezou a forma do discurso, como erros de concordância, questões de alfabetização e culturais, mas ela foi vista como um passo metodológico, e não uma finalidade.⁽⁷²⁾

Todo esse procedimento contribuiu para a explicitação e argumentação de modo suficiente para tornar inteligível o fenômeno emocional de pacientes portadores de CCD, e o impacto na vida pessoal desses indivíduos dentro da realidade psicológica.

Foram solicitados três juízes para analisar a categorização feita pela pesquisadora, os quais são psicólogos com extensa formação e atuação clínica, baseada no referencial psicanalítico.

Também foi realizada análise estatística das variáveis qualitativas por meio de porcentagem e para determinadas relações entre algumas variáveis aleatórias independentes para saber se as frequências observadas diferem de modo significativo, das esperadas. A medida utilizada para observação da discrepância existente entre as frequências foi a proporcionada pela estatística χ^2 com nível de significância de 0,05. Além desse teste, o coeficiente de contingência de Pearson foi efetuado para medir o grau de afinidade,

associação ou dependência das classificações. Quanto maior for o coeficiente de contingência (C^*), maior será o grau de associação.⁽⁷³⁻⁷⁵⁾

3. RESULTADOS

3. RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados por meio da caracterização da amostra, seguidos pela classificação das respostas às perguntas da primeira e segunda entrevista respectivamente.

Em relação aos dados de identificação da amostra de portadores de cefaléia crônica diária deste estudo, como descrito na Tabela 01, temos que 4 (10%) dos sujeitos são do sexo masculino e 36 (90%) do sexo feminino, com idade variando entre 24 e 64 anos. Quanto ao estado civil, 19 (47,5%) são casados, 7 (17,5%) solteiros, 8 (20,0%) em união consensual, 5 (12,5%) separados, desquitados ou divorciados e 1 (2,5%) viúvo. Em relação ao grau de escolaridade, 1 (2,5%) é analfabeta, 22 (55%) possuem o ensino fundamental incompleto, 4 (10%) possuem o ensino fundamental, 2 (5%) possuem o ensino médio incompleto, 6 (15%) possuem o ensino médio, 1 (2,5%) possui magistério, 1 (2,5%) com nível superior incompleto e 3 (7,5%) com nível superior. Na amostra, também encontrou-se 1 (2,5%) desempregado, 2 (5%) aposentados, 3 (7,5%) atuando na área de sua formação do ensino superior, 16 (40%) com atividades nas prendas domésticas e 18 (45%) em serviços diversos.

Por se tratar de entrevistas compostas, em sua maioria, por questões abertas, optou-se por distribuir as respostas em categorias. Para se definir as categorias, foram colocadas em evidência as respostas apresentadas por todos os sujeitos. Em seguida, foram agrupadas as respostas significativas para definição de cada categoria: Quadro 01, as da primeira entrevista e o Quadro 02, as da segunda entrevista. As respostas dos sujeitos que foram

consideradas em cada categoria encontram-se detalhadas no Apêndice 3 e no Apêndice 4, respectivamente.

Além da definição das categorias pela pesquisadora, cada uma das três juízas avaliou e: 1) concordou plenamente com a pesquisadora; 2) concordou e acrescentou uma nova categoria ou mais; ou 3) não concordou com a categoria evidenciada pela pesquisadora. Para alguns sujeitos, mais de uma categoria foi evidenciada como resposta.

Tabela 1. Caracterização dos Sujeitos da Amostra.

Sujeitos	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão
1	F	37	E F incompleto	Separada	Diarista
2	M	64	E F incompleto	Casado	Aposentado
3	F	32	E F incompleto	Casada	Faxineira
4	F	26	Superior	Solteira	Fisioterapeuta
5	F	51	E F incompleto	Casada	P D
6	F	42	E F incompleto	União Consensual	Trabalhadora Rural
7	F	38	E M incompleto	Casada	P D
8	M	48	E F incompleto	Casado	Pedreiro
9	F	38	E M	Casada	Secretária
10	F	27	E F	Casada	P D
11	F	24	E M	Casada	Aux. Farmácia
12	F	24	E M	Casada	Serviços Gerais
13	F	35	E F incompleto	Desquitada	Cortadora Cana
14	F	29	E F incompleto	Casada	P D
15	F	58	Analfabeta	União Consensual	P D
16	F	40	E M	Casada	Aux. Enfermagem
17	F	33	Superior	Solteira	Tec. Farmácia
18	F	36	E M incompleto	Casada	P D
19	F	32	E F	União Consensual	Camareira
20	M	48	E F incompleto	Casado	Viajante
21	F	34	E M	Casada	Aux. Serviço
22	F	49	E F incompleto	Casada	P D
23	F	25	Superior	Solteira	Enfermeira
24	F	49	E F incompleto	Casada	Doméstica
25	F	34	Superior incomp	Solteira	Aux. Serviço
26	F	24	E F incompleto	União Consensual	Vendedora
27	M	26	E F	Casado	Motorista
28	F	51	E F incompleto	Separada	Aposentada
29	F	49	E F incompleto	União Consensual	P D
30	F	47	E F incompleto	Divorciada	Copeira
31	F	36	E F incompleto	União Consensual	Faxineira
32	F	34	E F incompleto	União Consensual	Caixa Restaurante
33	F	45	E M	Solteira	Encarregada
34	F	26	Magistério	Solteira	Desempregada
35	F	35	E F incompleto	Solteira	Serviços Gerais
36	F	33	E F	Casada	P D
37	F	40	E F incompleto	Desquitada	Doméstica
38	F	47	E F incompleto	Viúva	P D
39	F	24	E F incompleto	União Consensual	Aux. Pizzaria
40	F	56	E F incompleto	Casada	P D

EF: Ensino Fundamental EM: Ensino Médio PD: Prendas Domésticas

Quadro 1. Categorias de Respostas da 1ª Entrevista.

PERGUNTAS	CATEGORIAS DE RESPOSTAS
<ul style="list-style-type: none"> O que significa ficar doente? 	<ol style="list-style-type: none"> Sofrimento psíquico Sofrimento físico Prejuízo no trabalho Prejuízo social Prejuízo nos cuidados da vida diária Necessidade imediata de cuidados médicos Outros
<ul style="list-style-type: none"> O que acha que provoca uma crise? 	<ol style="list-style-type: none"> Não relaciona com nada Nervosismo Tensão Preocupação Ansiedade Cheiros Alimentação Ciclo menstrual Queda na qualidade do sono Irritar-se Assustar-se Outros
<ul style="list-style-type: none"> Como se desenvolve a dor? 	<ol style="list-style-type: none"> Sem causa aparente Dor desde que desperta Provocada pelas emoções Inconstante Tentativas de auto-cura Diferentes tipos de dor Provocada por esforços físicos Ligada a mudanças ou procedimentos médicos Sintomas corporais Outros
<ul style="list-style-type: none"> Quais as conseqüências que a dor acarreta? 	<ol style="list-style-type: none"> Interromper atividades Manifestações corporais Manifestações emocionais Ligadas ao tratamento de forma positiva Ligadas ao tratamento de forma negativa Prejuízos profissionais Não interromper as atividades Outros
<ul style="list-style-type: none"> Que fatos importantes estavam acontecendo quando adoeceu? 	<ol style="list-style-type: none"> Não referido Não relacionado com nada específico Restrições nos vínculos com pais Restrições no vínculo conjugal Dificuldades no âmbito familiar Dificuldades profissionais Ligado à condição médica Fator hereditário Fatores emocionais Outros
<ul style="list-style-type: none"> Contexto familiar. 	<ol style="list-style-type: none"> Avaliação negativa da doença por familiares Avaliação positiva da doença por familiares Dificuldades gerais de relacionamento com pais / familiares Dificuldades conjugais Dificuldades com os filhos Reações apresentadas Divisão nas opiniões dos familiares Outros

<ul style="list-style-type: none"> Mudanças familiares em decorrência das dores. 	<ol style="list-style-type: none"> Não houve mudanças Interferência na vida dos filhos Adaptações da família Dificuldades Conjugais Acolhimentos recebidos Outros
<ul style="list-style-type: none"> Tentativas de cura. 	<ol style="list-style-type: none"> Nenhuma Tratamentos médicos (para dor de cabeça) Investigações médicas de outras patologias Busca de ajuda psiquiátrica ou psicológica Auto-medicação Dormir Receitas caseiras ou populares Outros
<ul style="list-style-type: none"> Acréscimos espontâneos 	<ol style="list-style-type: none"> Nenhum Reconhecimento das manifestações psíquicas Fantasias a respeito da doença Auto-avaliação Limitações em consequência da doença Avaliação sobre o tratamento Outros
<ul style="list-style-type: none"> Hipótese pessoal sobre a doença ou "insight" 	<ol style="list-style-type: none"> Não tem Fatores psíquicos provocam dor Consideração sobre a etiologia da doença Outros

Quadro 2. Categorias de Respostas da 2ª Entrevista.

PERGUNTAS	CATEGORIAS DE RESPOSTAS
<ul style="list-style-type: none"> • Que consideração faz do passado até o presente? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Referência positiva aos vínculos familiares 2. Referência negativa sobre os vínculos familiares 3. Restrições ao vínculo conjugal 4. Avaliação geral sobre si 5. Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os projetos de vida? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sem relação com projetos 2. Objetivos profissionais 3. Objetivos ligados aos filhos 4. Valorização do relacionamento conjugal 5. Valorização do estado geral de saúde 6. Objetivos acadêmicos 7. Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Como a doença afeta os projetos? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não afeta 2. Relacionado à atuação profissional 3. Ligado aos vínculos com familiares 4. Relacionado ao estado geral de saúde 5. Relacionado ao humor 6. Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento com produtividade. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relação positiva com estudos 2. Relação positiva com o trabalho 3. Relação negativa com o trabalho 4. Reações apresentadas 5. Relação com status profissional 6. Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Como é a vida conjugal? (inclui namoro e noivado) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Restrições ao vínculo 2. Adequações ao vínculo 3. Nenhum relacionamento estável 4. Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Como é a vida familiar? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação negativa dos familiares (pais e filhos) 2. Avaliação positiva dos familiares (pais e filhos) 3. Atitudes frente aos familiares (pais e filhos) 4. Restrições no convívio familiar 5. Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Qual o significado atribuído à cabeça? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considerar a parte mais importante 2. Não considerar a parte mais importante 3. Avaliação sobre o desempenho 4. Outros
<ul style="list-style-type: none"> • Acréscimos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhum 2. Reconhecimento das manifestações psíquicas 3. Fantasias a respeito da doença 4. Auto-avaliação 5. Limitações sócio-econômicas 6. Avaliação positiva do tratamento 7. Tipos de funcionamento psíquico (reconhecido pela pesquisadora) 8. Outros

1ª Entrevista – História da Doença

A **questão 1** se refere a conhecer “o que significa sofrer de cefaléia crônica diária?”, e as respostas variaram de acordo com as categorias de respostas apresentadas no Quadro 01. Pode-se observar que as categorias que mais apareceram neste questionamento, foram: sofrimento psíquico com 35,53% das respostas, seguido pelo sofrimento físico 23,68%, prejuízo no trabalho 19,74% e prejuízo social 10,52%. As demais categorias somam 10,53%, conforme Tabela 02.

Tabela 2. Significado de ficar doente.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Sofrimento psíquico	27	35,53	♦	♣	(1) A
2- Sofrimento físico	18	23,68	(2) A	(2) A	(2) A
3- Prejuízo no trabalho	15	19,74	♦	♣	•
4- Prejuízo social	8	10,52	♦	♣	•
5- Outros	3	3,95	♦	♣	•
6- Necessidade de cuidados médicos	3	3,95	♦	♣	•
7- Prejuízo nos cuidados da vida diária	2	2,63	♦	♣	•
TOTAL	76	100	97,37%	97,37%	96,05%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 2** investigou “com o que relaciona a dor?” e o significado que mais apareceu foi o nervosismo com 23,16% das respostas, seguido por preocupação com 15,79%, tensão 11,58%, alimentação 7,37%, ansiedade 6,32%, cheiros 4,21%, não relacionar a nada 4,21%, ciclo menstrual 3,16%,

queda na qualidade do sono 3,16%, irritar-se 2,10%, assustar-se 2,10% e outros que somou 16,84%, de acordo com Tabela 03. As respostas consideradas no item “outros” alcançaram essa significância devido ao estilo de questionamento aberto. Destacam-se as seguintes respostas, evidenciadas neste item: solidão, não ser compreendido, timidez, envolver-se com os problemas das outras pessoas, restrições financeiras, assumirem muita responsabilidade no trabalho, viajar, ciúme, “cabeça falida”, revolta com o marido, tristeza, muito barulho, hostilidade das pessoas, luto não elaborado, medo, limitação e hysterectomia.

Tabela 3. Com o que relaciona a dor.

Categories de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Nervosismo	22	23,16	♦	(1) A	(2) A
2- Outros	16	16,84	(2) A	♣	(2) A
3- Preocupação	15	15,79	♦	♣	(2) A
4- Tensão	11	11,58	♦	♣	•
5- Alimentação	7	7,37	♦	(1) A	•
6- Ansiedade	6	6,32	♦	♣	•
7- Cheiros	4	4,21	♦	(1) A	(1) A
8- Não relaciona com nada	4	4,21	♦	♣	•
9- Ciclo menstrual	3	3,16	♦	(2) A	(1) A
10- Queda na qualidade do sono	3	3,16	♦	♣	•
11- Irritar-se	2	2,10	♦	♣	•
12- Assustar-se	2	2,10	♦	♣	•
TOTAL	95	100	97,9%	94,74%	91,58%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 3** foi entender “como se desenvolve a dor: como que ela surge, como se desenvolve e como termina?” e o que mais apareceu foram tentativas de auto-cura com 27,36% das manifestações, seguidas por diferentes tipos de dor com 16,98%, provocado pelas emoções 13,20%, sintomas corporais 9,43%, ligado a mudanças ou procedimentos médicos 7,55%, sem causa aparente 6,60%, desde que desperta 6,60%, provocado por esforços físicos 4,72%, inconstante 3,78% e outros com 3,78%, conforme Tabela 04.

Tabela 4. Como se desenvolve a dor.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Tentativas de auto-cura	29	27,36	♦	♣	•
2- Diferentes tipos de dor	18	16,98	♦	♣	(1) A
3- Provocado pelas emoções	14	13,20	♦	♣	•
4- Sintomas corporais	10	9,43	♦	♣	(2) A
5- Ligado a mudanças ou procedimentos médicos	8	7,55	♦	♣	•
6- Sem causa aparente	7	6,60	(1) D	(1) A	•
7- Desde que desperta	7	6,60	♦	♣	(1) A
8- Provocado por esforços físicos	5	4,72	♦	♣	•
9- Inconstante	4	3,78	♦	♣	•
10- Outros	4	3,78	♦	♣	•
TOTAL	106	100	99,06%	99,06%	96,22%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 4** investigou “quais as conseqüências acarretadas com o desenvolvimento da dor?”. A grande maioria descreveu interromper as

atividades realizadas com 21,43%, seguido por manifestações corporais com 19,64%, ligadas ao tratamento de forma positiva 16,07%, manifestações emocionais 10,72%, ligadas ao tratamento de forma negativa 10,72%, prejuízos profissionais 7,14%, não interromper as atividades 7,14% e outros 7,14%, conforme Tabela 05.

Tabela 5. Conseqüências.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Interromper atividades	12	21,43	(1) D	♣	•
2- Manifestações corporais	11	19,64	♦	(2) A	(1) A
3- Ligadas ao tratamento de forma positiva	9	16,07	♦	(1) A	•
4- Ligadas ao tratamento de forma negativa	6	10,72	♦	(2) A	•
5- Manifestações emocionais	6	10,72	♦	(2) A	•
6- Prejuízos profissionais	4	7,14	♦	(1) A	•
7- Não interromper as atividades	4	7,14	♦	(1) A	•
8- Outros	4	7,14	♦	(1) A	(1) A
TOTAL	56	100	98,22%	82,14%	96,43%

(A) Acréscimos feitos pelos juizes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juizes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 5** levantou “há quanto tempo sofre de dores de cabeça?” e o tempo de doença variou entre 2 e mais de 40 anos de sintomas de dores de cabeça. O tempo de tratamento ao qual estavam submetidos, no período da pesquisa, variou entre 1 e 5 anos. Pode-se observar que a maioria dos sujeitos sofre de dores de cabeça há muito tempo e demoraram a buscar tratamento

especializado, de acordo com a Tabela 06. A média do tempo de doença encontra-se na Tabela 07.

A **questão 6** foi saber “que fatos importantes na vida estavam acontecendo quando adoeceu?” e não relacionar com nada específico apareceu em primeiro lugar com 18,64% das respostas, juntamente com dificuldades no âmbito familiar com 18,64%, seguido por fatores emocionais com 16,95%, restrições aos vínculos com os pais 15,25%, restrições ao vínculo conjugal 13,56%, dificuldades profissionais 5,09%, ligado à condição médica 5,09%, outros com 5,09% e não referido 1,69%, concorde Tabela 08.

Tabela 6. Tempo de Doença e de Tempo de Tratamento.

Sujeitos	Tempo de Dores de Cabeça (anos)	Início Tratamento
1	6	15/07/2005
2	12	08/06/2001
3	20	03/06/2005
4	10	17/06/2005
5	39	17/02/2005
6	5	09/06/2005
7	28	14/07/2005
8	40	12/08/2002
9	20	11/08/2005
10	7	06/12/2004
11	17	10/03/2005
12	15	19/08/2005
13	11	14/07/2005
14	13	24/02/2005
15	Mais de 30	03/03/2005
16	27	24/03/2005
17	15	07/03/2005
18	15	10/02/2005
19	10	25/08/2005
20	+ ou – 40	03/06/2005
21	16	07/07/2005
22	31	19/05/2005
23	13	22/11/2004
24	9	17/06/2005
25	19	21/07/2005
26	3	22/07/2005
27	12	18/05/2005
28	16	30/03/2001
29	30	30/11/2004
30	32	29/07/2005
31	26	24/10/2002
32	2	19/05/2005
33	27	20/05/2005
34	Mais de 5	29/11/2004
35	Mais de 5	17/03/2005
36	Mais de 5	02/06/2005
37	34	01/09/2004
38	Mais de 20	30/06/2005
39	14	24/01/2005
40	23	19/02/2004

Tabela 7. Média de Tempo de Doença.

	Tempo de Dores de Cabeça	Frequência de Sujeitos	Tempo médio de doença
1	2 a 9 anos	8	5,5 anos
2	9 a 16 anos	12	12,5 anos
3	16 a 23 anos	8	19,5 anos
4	23 a 30 anos	4	26,5 anos
5	30 a 37 anos	5	33,5 anos
6	Mais de 37 anos	3	40,5 anos
TOTAL		40	

Tabela 8. Fatos importantes quando adoeceu.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Não relacionado com nada específico	11	18,64	(1) D	♣	•
2- Dificuldades no âmbito familiar	11	18,64	♦	♣	(1) D (1) A
3- Fatores emocionais	10	16,95	♦	(1) A	•
4- Restrições nos vínculos com pais	9	15,25	♦	♣	•
5- Restrições no vínculo conjugal	8	13,56	♦	(1) A	•
6- Dificuldades profissionais	3	5,09	♦	♣	(1) A
7- Ligado à condição médica	3	5,09	♦	♣	•
8- Outros	3	5,09	♦	(2) A	•
9- Não referido	1	1,69	(1) D	♣	•
TOTAL	59	100	96,61%	93,22%	94,91%

(A) Acréscimos feitos pelos juizes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juizes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 7** foi para conhecer “como que a família entende as dores de cabeça?” e 30,77% das respostas foram de avaliação positiva da doença por familiares, 21,15% faziam referência a dificuldades gerais de relacionamento

com pais ou familiares, 19,23% foram de avaliação negativa da doença por familiares, 7,69% estava relacionada à divisão nas opiniões dos familiares, 5,77% descreviam reações apresentadas diante da família, 5,77% com dificuldades com os filhos, 5,77% outros e 3,85% eram de dificuldades conjugais, conforme Tabela 09.

Tabela 9. Contexto Familiar.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Avaliação positiva da doença por familiares	16	30,77	♦	♣	•
2- Dificuldades de relacionamento com pais / familiares	11	21,15	♦	♣	•
3- Avaliação negativa da doença por familiares	10	19,23	♦	♣	•
4- Divisão nas opiniões dos familiares	4	7,69	♦	♣	(1) A
5- Dificuldades com os filhos	3	5,77	♦	(1) A	•
6- Reações apresentadas	3	5,77	♦	(1) A	•
7- Outros	3	5,77	♦	♣	(1) A
8- Dificuldades conjugais	2	3,85	♦	(1) A	•
TOTAL	52	100	100 %	94,23%	96,16%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

Na **questão 8** foi perguntado se “houve mudanças na vida da família em decorrência das dores de cabeça?” e a grande maioria, 56,82%, relatou que não houve mudanças, seguido por 13,64% com adaptações da família, 13,64% com acolhimentos recebidos, 6,82% de outros, 4,54% com interferência na vida dos filhos e 4,54% com dificuldades conjugais, de acordo com a Tabela 10.

Tabela 10. Mudanças familiares em decorrência das dores.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Não houve mudanças	25	56,82	(1) D	♣	•
2- Adaptações da família	6	13,64	♦	♣	•
3- Acolhimentos recebidos	6	13,64	♦	(2) A	•
4- Outros	3	6,82	♦	♣	•
5- Dificuldades conjugais	2	4,54	♦	♣	•
6- Interferência na vida dos filhos	2	4,54	♦	♣	•
TOTAL	44	100	97,73%	95,46%	100 %

(A) Acréscimos feitos pelos juizes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juizes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 9** foi para investigar “se antes de procurar um médico, chegou a fazer outras tentativas de cura?” e verificou-se que 35,09% buscaram tratamento médico de especialidades diversas, com o objetivo de tratar as dores de cabeça, 33,33% com auto-medicação, 14,03% utilizaram receitas caseiras ou populares, 5,27% passaram por investigações médicas de outras patologias, 3,51% foram em busca de ajuda psiquiátrica ou psicológica, 3,51% buscavam dormir, 3,51% com outros e 1,75% sem nenhuma tentativa antes de procurar o neurologista, conforme Tabela 11.

Tabela 11. Tentativas de Cura.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Tratamentos médicos	20	35,09	(1) A	♣	•
2- Auto-medicação	19	33,33	♦	(1) A	•
3- Receitas caseiras ou populares	8	14,03	♦	(2) A	•
4- Investigações médicas de outras patologias	3	5,27	♦	♣	•
5- Busca de ajuda psiquiátrica ou psicológica	2	3,51	♦	♣	•
6- Dormir	2	3,51	♦	♣	•
7- Outros	2	3,51	♦	♣	•
8- Nenhuma	1	1,75	♦	♣	•
TOTAL	57	100	98,25%	94,73%	100 %

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 10** foi para “acréscimos espontâneos” que pudessem surgir conforme a necessidade de cada um. O que mais apareceu foi o reconhecimento das manifestações psíquicas com 21,43%, seguido por nenhum acréscimo com 19,64%, fantasias a respeito da doença 16,07%, auto-avaliação com 16,07%, outros com 16,07%, avaliação sobre o tratamento médico com 7,14% e limitações em consequência da doença 3,58%, de acordo com a Tabela 12.

Tabela 12. Acréscimos Espontâneos.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Nenhum	11	19,64	(1) D	♣	•
2- Reconhecimento das manifestações psíquicas	12	21,43	(1) A	♣	•
3- Fantasias a respeito da doença	9	16,07	♦	♣	•
4- Auto-avaliação	9	16,07	♦	♣	•
5- Outros	6	16,07	♦	♣	•
6- Avaliação sobre o tratamento médico	4	7,14	♦	♣	•
7- Limitações em consequência da doença	2	3,58	♦	♣	•
TOTAL	56	100	96,42%	100 %	100 %

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A Tabela 13 mostra se, durante a primeira entrevista, ficou evidente uma hipótese diagnóstica a respeito das dores ou “insight” pessoal sobre a doença. Foi observado que 48,84% das manifestações eram que fatores psíquicos provocam dor, 34,88% não têm nenhuma hipótese a respeito das suas dores de cabeça, 11,63% faziam considerações a respeito da etiologia da doença e 4,65% com outras colocações diversas.

Tabela 13. Hipótese pessoal ou “insight” pessoal sobre a doença.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Fatores psíquicos provocam dor	21	48,84	(1) A	♣	•
2- Não tem	15	34,88	♦	♣	•
3- Consideração sobre a etiologia da doença	5	11,63	(1) A	♣	•
4- Outros	2	4,65	♦	♣	•
TOTAL	43	100	95,35%	100 %	100 %

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

Dentre todas as categorias evidenciadas na primeira entrevista, totalizam 644 manifestações. Todas elas foram avaliadas por três juízes e totalizaram 59 acréscimos além da concordância (9,16%) e 7 categorias não houve concordância com a pesquisadora (1,08%). Por essas razões, entende-se que a interpretação dada pela pesquisadora pode ser considerada válida.

2ª Entrevista – Sobre a Vida Pessoal

A **questão 1** foi saber “que consideração você faz da sua vida, do seu passado até o presente?” e observou-se que 50% das respostas evidenciadas diziam respeito a avaliações a respeito de si mesmo, seguidos por 25% para referência negativa sobre os vínculos familiares, 11,66% faziam referência a restrições ao vínculo conjugal, 6,67% com referência positiva aos vínculos familiares e 6,67% ligadas a referências diversas apontadas em outros, conforme Tabela 14.

Tabela 14. Consideração do passado até o presente.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Avaliação geral sobre si	30	50,0	(1) A	♣	•
2- Referência negativa sobre os vínculos familiares	15	25,0	(1) D	♣	(1) A
3- Restrições ao vínculo conjugal	7	11,66	♦	(2) A	•
4- Referência positiva aos vínculos familiares	4	6,67	♦	(1) A	•
5- Outros	4	6,67	♦	(1) A	(1) A
TOTAL	60	100	96,67%	93,33%	96,67%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 2** foi para conhecer “quais são os projetos de vida?” e 38,71% das respostas apontaram objetivos profissionais, 19,35% referiram objetivos ligados aos filhos, 16,13% com objetivos acadêmicos, 9,68% valorizaram o relacionamento conjugal, 6,45% não têm relação com projetos e também 6,45% valorizaram o estado geral de saúde e 3,23% com outros objetivos diversos, de acordo com a Tabela 15.

Tabela 15. Projetos de vida.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Objetivos profissionais	24	38,71	♦	♣	•
2- Objetivos acadêmicos	10	16,13	♦	♣	•
3- Objetivos ligados aos filhos	12	19,35	♦	♣	•
4- Valorização do relacionamento conjugal	6	9,68	♦	♣	•
5- Valorização do estado geral de saúde	4	6,45	♦	♣	•
6- Sem relação com projetos	4	6,45	♦	♣	•
7- Outros	2	3,23	♦	♣	•
TOTAL	62	100	100 %	100 %	100 %

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 3** investigou “como a doença afeta alcançar os projetos de vida?” e 29,41% das repostas evidenciaram relação direta com a atuação profissional, 25,49% relataram que não afeta, 17,65% estabelecem relação com o humor, 15,69% fazem relação com o estado geral de saúde e 11,76% disseram que afeta os vínculos familiares, conforme a Tabela 16.

Tabela 16. Como a doença afeta os projetos de vida.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Relacionado à atuação profissional	15	29,41	(1) A	♣	(2) A
2- Não afeta	13	25,49	♦	♣	(1) D
3- Relacionado ao humor	9	17,65	♦	♣	(1) A
4- Relacionado ao estado geral de saúde	8	15,69	♦	♣	•
5- Ligado aos vínculos com familiares	6	11,76	(1) A	(1) A	(1) A
6- Outros	----	----	(1) A	♣	(2) A
TOTAL	51	100	94,12%	98,04%	86,28%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 4** foi para conhecer “qual o relacionamento com o trabalho e/ou estudos?” e 50,85% das respostas evidenciaram um vínculo positivo com o trabalho, 18,65% das respostas apontaram relação negativa com o trabalho, 15,25% relataram, neste momento, algumas reações apresentadas diante da própria realidade acadêmica ou profissional, 6,78% apresentaram uma relação com status profissional, 5,08% enfatizaram relação positiva com os estudos e 3,39% fizeram outras referências, de acordo com a Tabela 17.

Tabela 17. Relacionamento com produtividade.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
2- Relação positiva com trabalho	30	50,85	(1) D	♣	(1) D
3- Relação negativa com trabalho	11	18,65	♦	♣	(1) D
4- Reações apresentadas	9	15,25	♦	(1) A	(1) D (1) A
5- Relação com status profissional	4	6,78	♦	♣	•
1- Relação positiva com estudos	3	5,08	♦	♣	•
6- Outros	2	3,39	♦	♣	•
TOTAL	59	100	98,31%	98,31%	93,22%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 5** teve o objetivo de conhecer “como é sua vida conjugal?” incluindo a relação de namoro e noivado. Adequação ao vínculo conjugal foi referida pela maioria das respostas com 48,84%, seguida por restrições ao vínculo 34,88%, 9,30% não possuíam nenhum relacionamento estável e 6,98% alegaram outras respostas, como na Tabela 18.

Tabela 18. Vida conjugal.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Adequações ao vínculo	21	48,84	♦	♣	•
2- Restrições ao vínculo	15	34,88	♦	♣	•
3- Nenhum relacionamento estável	4	9,30	♦	♣	•
4- Outros	3	6,98	♦	(3) A	•
TOTAL	43	100	100 %	93,02%	100 %

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 6** investigou “como é sua relação com a família?” e 56,37% das respostas fizeram uma avaliação positiva dos familiares, 21,82% fizeram avaliação negativa dos familiares, 14,55% apresentaram atitudes frente aos familiares, 3,63% apresentaram restrições ao convívio familiar e também 3,63% foram de respostas diversas, identificadas como outros, de acordo com a Tabela 19.

Tabela 19. Vida familiar.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Avaliação positiva dos familiares (pais e filhos)	31	56,37	♦	♣	(2) A
2- Avaliação negativa dos familiares (pais e filhos)	12	21,82	♦	♣	(1) A
3- Atitudes frente aos familiares (pais e filhos)	8	14,55	♦	♣	(1) D
4- Restrições ao convívio familiar	2	3,63	♦	♣	•
5- Outros	2	3,63	(1) D	(1) A	•
TOTAL	55	100	98,19%	98,19%	92,74%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 7** teve como objetivo conhecer “qual o significado atribuído à sua cabeça?” e a maioria das respostas 57,70% consideram a parte mais importante do corpo, 25% fizeram avaliação sobre o desempenho de sua cabeça, 13,46% não consideram a parte mais importante e 3,84% apresentaram respostas diversas, conforme Tabela 20.

Tabela 20. Significado atribuído à cabeça.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Considerar a parte mais importante	30	57,70	♦	♣	•
2- Avaliação sobre o desempenho	13	25,0	♦	♣	•
3- Não considerar a parte mais importante	7	13,46	♦	(2) D	(1) D
4- Outros	2	3,84	♦	♣	(1) A (1) D
TOTAL	52	100	100 %	96,16%	94,23%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

A **questão 8** também foi aberta para fazer acréscimos espontâneos com o mesmo objetivo que na primeira entrevista. Observou-se que 31,03% das respostas estavam relacionadas à auto-avaliação, 15,52% não quiseram fazer acréscimos, 13,79% apresentaram respostas diversas, 12,07% reconheceram as próprias manifestações psíquicas, 12,07% fizeram uma avaliação positiva do tratamento, 8,62% relataram fantasias a respeito da doença, 3,45% referiram limitações sócio-econômicas e 3,45% foram identificados com tipos de funcionamento psíquico, de acordo com a Tabela 21.

Tabela 21. Acréscimos Espontâneos.

Categorias de Respostas	Quantidade	Porcentagem	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3
1- Auto-avaliação	18	31,03	♦	♣	(1) D
2- Nenhum	9	15,52	♦	♣	(1) D
3- Outros	8	13,79	♦	(1) A	•
4- Reconhecimento das manifestações psíquicas	7	12,07	♦	♣	(1) D
5- Avaliação positiva do tratamento	7	12,07	♦	♣	•
6- Fantasias a respeito da doença	5	8,62	♦	♣	(1) A
7- Limitações sócio-econômicas	2	3,45	♦	♣	•
8- Tipos de funcionamento psíquico	2	3,45	♦	♣	•
TOTAL	58	100	100 %	96,55%	93,1%

(A) Acréscimos feitos pelos juízes na avaliação da pesquisadora (D) Discordância dos juízes com a pesquisadora (♦ ♣ •) Concordância total com a pesquisadora

Na segunda entrevista, foram 440 manifestações no total. Quanto às avaliações dos três juízes, totalizaram 29 acréscimos, além da concordância (6,59%), e 16 foram as discordâncias com a pesquisadora (3,63%). Da mesma

forma que a primeira entrevista, as interpretações efetuadas pela pesquisadora podem ser consideradas válidas.

Algumas características qualitativas de respostas foram relacionadas e analisadas para observar a relação entre as variáveis categorizadas. O teste do χ^2 e o coeficiente de contingência de Pearson (C*) foram realizados, de acordo com as tabelas a seguir.

Tabela 22. Valores observados: Tempo de doença X Significado de adoecer.

Tempo de Doença	Sofrimento Psíquico	Sofrimento Físico	Prejuízo no Trabalho	Total
2 – 9 anos	3	4	1	8
9 – 16 anos	10	3	7	20
16 – 23 anos	5	5	3	13
23 – 30 anos	4	2	2	8
30 – 37 anos	4	2	2	8
Mais de 37	1	2	0	3
	27	18	15	60

Tabela 23. Valores esperados: Tempo de doença X Significado de adoecer.

Tempo de Doença	Sofrimento Psíquico	Sofrimento Físico	Prejuízo no Trabalho	Total
2 – 9 anos	3,6000	2,4000	2,0000	0,1333
9 – 16 anos	9,0000	6,0000	5,0000	0,3333
16 – 23 anos	5,8500	3,9000	3,2500	0,2167
23 – 30 anos	3,6000	2,4000	2,0000	0,1333
30 – 37 anos	3,6000	2,4000	2,0000	0,1333
Mais de 37	1,3500	0,9000	0,7500	0,0500
	27	18	15	1

Na análise das variáveis: Tempo de doença e significado de adoecer, temos o $\chi^2 = 6,9384$ e o C* = 39,44%.

Observamos que quanto maior o tempo de doença, menor são os sofrimentos psíquico e físico, e prejuízo no trabalho.

Tabela 24. Valores observados: Tempo de doença X Com o que relaciona a dor.

Tempo de Doença	Nervosismo	Tensão	Preocupação	Ansiedade	Total
2 l- 9 anos	6	1	2	0	9
9 l- 16 anos	7	4	4	3	18
16 l- 23 anos	4	3	2	0	9
23 l- 30 anos	1	1	1	1	4
30 l- 37 anos	3	1	4	1	9
Mais de 37	1	1	2	1	5
	22	11	15	6	54

Tabela 25. Valores esperados: Tempo de doença X Com o que relaciona a dor.

Tempo de Doença	Nervosismo	Tensão	Preocupação	Ansiedade	Total
2 l- 9 anos	3,6667	1,8333	2,5000	1,0000	0,1667
9 l- 16 anos	7,3333	3,6667	5,0000	2,0000	0,3333
16 l- 23 anos	3,6667	1,8333	2,5000	1,0000	0,1667
23 l- 30 anos	1,6296	0,8148	1,1111	0,4444	0,0741
30 l- 37 anos	3,6667	1,8333	2,5000	1,0000	0,1667
Mais de 37	2,0370	1,0185	1,3889	0,5556	0,0926
	22	11	15	6	1

Na análise das variáveis: Tempo de doença e com o que relaciona a dor, temos o $\chi^2 = 9,1255$ e o $C^* = 43,9\%$. Observamos que quanto maior o tempo

de doença, menor é o nervosismo e a tensão, porém não é a mesma relação estabelecida entre preocupação e ansiedade.

Tabela 26. Valores observados: Tempo de doença X Desenvolvimento da dor.

<i>Tempo de Doença</i>	<i>Tentativas Auto-cura</i>	<i>Diferentes Tipos dor</i>	<i>Provocado Emoções</i>	<i>Sintomas Corporais</i>	<i>Total</i>
2 – 9 anos	7	2	2	2	13
9 – 16 anos	7	6	5	1	19
16 – 23 anos	7	6	3	2	18
23 – 30 anos	5	1	1	1	8
30 – 37 anos	2	1	1	4	8
Mais de 37	1	2	2	0	5
	29	18	14	10	71

Tabela 27. Valores esperados: Tempo de doença X Desenvolvimento da dor.

<i>Tempo de Doença</i>	<i>Tentativas Auto-cura</i>	<i>Diferentes Tipos dor</i>	<i>Provocado Emoções</i>	<i>Sintomas Corporais</i>	<i>Total</i>
2 – 9 anos	5,3099	3,2958	2,5634	1,8310	0,1831
9 – 16 anos	7,7606	4,8169	3,7465	2,6761	0,2676
16 – 23 anos	7,3521	4,5634	3,5493	2,5352	0,2535
23 – 30 anos	3,2676	2,0282	1,5775	1,1268	0,1127
30 – 37 anos	3,2676	2,0282	1,5775	1,1268	0,1127
Mais de 37	2,0423	1,2376	0,9859	0,7042	0,0704
	29	18	14	10	1

Na análise das variáveis: Tempo de doença e desenvolvimento da dor, temos o $\chi^2 = 16,6071$ e o $C^* = 50,28\%$. Observamos que quanto maior o tempo de doença, menor são as reações no desenvolvimento da dor.

Tabela 28. Valores observados: Tempo de doença X Busca de outras ajudas antes do médico.

Tempo de Doença	Tratamentos médicos	Auto Medicação	Receitas Caseiras	Ajuda Psiquiátrica	Total
2 – 9 anos	5	2	1	0	8
9 – 16 anos	4	8	1	2	15
16 – 23 anos	6	3	0	0	9
23 – 30 anos	1	3	3	0	7
30 – 37 anos	3	2	2	0	7
Mais de 37	1	1	1	0	3
	20	19	8	2	49

Tabela 29. Valores esperados: Tempo de doença X Busca de outras ajudas antes do médico.

Tempo de Doença	Tratamentos médicos	Auto Medicação	Receitas Caseiras	Ajuda Psiquiátrica	Total
2 – 9 anos	3,2653	3,1020	1,3061	0,3265	0,1633
9 – 16 anos	6,1224	5,8163	2,4490	0,6122	0,3061
16 – 23 anos	3,6735	3,4898	1,4694	0,3673	0,1837
23 – 30 anos	2,8571	2,7143	1,1429	0,2857	0,1429
30 – 37 anos	2,8571	2,7143	1,1429	0,2857	0,1429
Mais de 37	1,2245	1,1633	0,4898	0,1224	0,0612
	20	19	8	2	1

Na análise das variáveis: Tempo de doença e busca de outras ajudas antes do médico, temos o $\chi^2 = 17,0313$ e o $C^* = 58,65\%$. Observamos que quanto maior o tempo de doença menor é a busca de outras tentativas de cura.

Tabela 30. Valores observados: Consideração do passado até o presente X Significado de adoecer.

Consideração	Sufrimento Psíquico	Sufrimento Físico	Prejuízo no Trabalho	Total
Ref. positiva aos vínc. familiares	1	1	0	2
Ref. negativa aos vínc. familiares	4	2	2	8
Restrições ao vínculo conjugal	6	1	5	12
Avaliação geral de si	15	13	8	36
Outros	2	2	1	5
	28	19	16	63

Tabela 31. Valores esperados: Consideração do passado até o presente X Significado de adoecer.

Consideração	Sufrimento Psíquico	Sufrimento Físico	Prejuízo no Trabalho	Total
Ref. positiva aos vínc. familiares	0,8889	0,6032	0,5079	0,0317
Ref. negativa aos vínc. Familiares	3,5556	2,4127	2,0317	0,1270
Restrições ao vínculo conjugal	5,3333	3,6190	3,0476	0,1905
Avaliação geral de si	16,0000	10,8571	9,1429	0,5714
Outros	2,2222	1,5079	1,2698	0,0794
	28	19	16	1

Na análise das variáveis: Consideração do passado até o presente e significado de adoecer, temos o $\chi^2 = 5,0074$ e o $C^* = 33,23\%$.

Tabela 32. Valores observados: Significado atribuído à cabeça X Significado de adoecer.

Significado à cabeça	Sufrimento Psíquico	Sufrimento Físico	Prejuízo no Trabalho	Prejuízo Social	Total
Considera mais import.	20	12	14	6	52
Não considera mais import.	4	4	1	2	11
Avaliação sobre desemp	3	2	0	0	5
Outros	1	1	1	1	4
	28	19	16	9	72

Tabela 33. Valores esperados: Significado atribuído à cabeça X Significado de adoecer

Significado à cabeça	Sufrimento Psíquico	Sufrimento Físico	Prejuízo no Trabalho	Prejuízo Social	Total
Considera mais import.	20,2222	13,7222	11,5556	6,5000	0,7222
Não considera mais import.	4,2778	2,9028	2,4444	1,3750	0,1528
Avaliação sobre desempenho	1,9444	1,3194	1,1111	0,6250	0,0694
Outros	1,5556	1,0556	0,8889	0,5000	0,0556
	28	19	16	9	1

Na análise das variáveis: Significado atribuído à cabeça e significado de adoecer, temos o $\chi^2 = 5,7199$ e o $C^* = 31,33\%$.

4. DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

Confirmar sintomas “psicossomáticos” nos indivíduos significa entender que houve um percurso extenso da ciência até se chegar ao ramo especializado da medicina, constituído pela psicossomática, que reconhece que são todos os fenômenos corporais nos quais intervêm fatores psíquicos.⁽⁷⁶⁾ De fato, o ser humano deve ser entendido como um todo, mas um ser complexo que dependendo de uma série de ajustamentos, diversos e instáveis no tempo, favorecem o equilíbrio ou desequilíbrio geral no resultado de suas interações.

A economia psicossomática servirá de ponto de partida para uma reflexão a respeito dos portadores de cefaléia crônica diária. Vale ressaltar que são múltiplas as cadeias evolutivas, logo entende-se que a organização ou desorganização não são efetuadas ao longo de um único eixo.

As características da população, observadas neste estudo, estão de acordo com o que é descrito na literatura, ou seja, mulheres são maioria e apresentam maior risco de serem afetadas do que o sexo masculino.^(21, 22, 26) Esse achado é proveniente de acordo comum na literatura, incluindo outras cefaléias. Além disso, a cor da pele e o uso de anticoncepcional hormonal foram associados à maior prevalência da enxaqueca nas mulheres.^(77,78)

Ao analisar as respostas do primeiro questionamento: “o que significa sofrer de cefaléia crônica diária?” pode-se supor que todas as descrições das categorias de respostas evidenciadas acabam contribuindo para aumentar o sofrimento psíquico, pois os demais prejuízos, como o sofrimento físico, no

trabalho, social, nos cuidados da vida diária e necessidade imediata de cuidados médicos estão interligados. Ainda assim, categorizando as respostas apresentadas, o sofrimento psíquico apareceu enquanto significação específica em primeiro lugar (35,53%), o que induziu a considerar que o impacto que a CCD causa na vida de um indivíduo é grande e propicia prejuízo nos diversos papéis desempenhados pelas pessoas, seja profissional, familiar ou social.

Em segundo lugar, deu-se sofrimento físico (23,68%) e o inverso, podendo, portanto, ser avaliado, pois o fato da CCD acarretar tanto sofrimento físico, essa condição, também, pode causar impacto significativo enquanto sofrimento psíquico.

Nervosismo, tensão, preocupação, alimentação e ansiedade, foram os principais aspectos relacionados à CCD. Exceto o item alimentação, os demais estão, diretamente, ligados ao estado emocional, que se somados, chegam a 56,85% das respostas nesse questionamento. Se acrescentarem-se as categorias Irritar-se e Assustar-se àqueles relacionados à interpretação subjetiva, a porcentagem sobe para 61,05% das respostas, e é possível reconhecer o impacto desses aspectos no disparo e perpetuação da dor. Apenas 4 sujeitos não relacionam com nada específico como desencadeante de um ataque de dor. A porcentagem evidenciada em outros (16,84%) se deve ao fato de se tratar de pergunta aberta, logo, foram várias as manifestações a esse respeito. Das dezesseis respostas evidenciadas na categoria “outros”, existem dez manifestações relacionadas ao tipo de funcionamento psíquico. Vale confirmar que a identificação de que as dores são provocadas pelas emoções é fundamental uma vez que o indivíduo precisa conhecer o próprio

funcionamento corporal e apropriar-se de sua mente e, conseqüentemente, serem parte integrante da manutenção de sua saúde como um todo.

Entende-se que são significações ligadas direta e indiretamente aos quadros de ansiedade e depressão e ambos são sintomas freqüentemente encontrados em portadores de cefaléias. Depressão, independente da forma como for classificada, tem sido fortemente abordada em trabalhos que estudam dor crônica. Por sua vez, a ansiedade é pano de fundo de diversas desordens psiquiátricas, incluindo o transtorno obsessivo compulsivo.⁽⁴¹⁾ As personalidades obsessivas estão predispostas à enxaqueca, podendo desenvolver dor sob grave conflito emocional ou estresse inespecífico.⁽³⁹⁾ A relação da depressão, especificamente com a CCD, será detalhada adiante.

Além da alimentação, outros aspectos, como cheiros, ciclo menstrual e queda na qualidade do sono, também foram identificados como desencadeantes de dor e somam 17,9%. São sintomas descritos, inclusive, nos critérios diagnósticos, como referidos anteriormente.^(17,21,24,34,66) Em relação ao ciclo menstrual ser fator precipitante de dor, não há consenso na literatura sobre o conceito de migrânea menstrual. Mas a associação entre cefaléias e taxas de hormônios sexuais na mulher é bem conhecida.⁽⁷⁷⁾ O que vai depender é da definição adotada e população avaliada. O que se pretende enfatizar é que esse fator também está presente nessa amostra.

Quando questionados em “como se desenvolve a dor?” o que mais ficou em evidência foram as tentativas de auto-cura. Sabe-se que esse tipo de comportamento também vai ao encontro da literatura que descreve como fator altamente prejudicial o uso excessivo de medicamentos

sintomáticos.^(21,23,26,47,48) Como nesta amostra é grande o número de pessoas que sofrem de algum tipo de dor de cabeça há muitos anos (a maioria sofre, em média, a 12,5 anos, de acordo com a tabela 7) e foram diagnosticadas com CCD, há menos de 5 anos, é merecido um olhar para esse aspecto, que também concorda com a literatura, e aponta que indivíduos que fazem uso excessivo de medicação, em alguns tipos de cefaléia, desenvolvem CCD, e a suspensão dessa medicação acarreta melhora significativa no quadro.^(17,21,24)

Tratar de pessoas que utilizam, excessivamente, medicamentos e prevenir recaída requer o reconhecimento dos diferentes fatores que contribuem para o seu desenvolvimento e perpetuação, incluindo alguns comportamentos e elementos psicológicos, que sustentam o uso excessivo desses remédios. Como fatores estão incluídos problemas relativos ao diagnóstico, classificação e aspectos clínicos das dores de cabeça crônica. Também devem ser consideradas as diferentes tentativas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, resultados iniciais e durabilidade do tratamento em longo prazo.⁽⁷⁹⁾

Estudos têm demonstrado que as pessoas com enxaqueca crônica começaram a sofrer de dores mais cedo do que aqueles que sofrem de enxaqueca episódica.⁽⁸⁰⁾ Além disso, Galego, Cipullo, Cordeiro e Tognola⁽⁸¹⁾ apontam que algumas características clínicas da enxaqueca transformada são distintas da enxaqueca episódica, de acordo com a frequência, localização e intensidade da mesma. Também enfatizam que quanto mais cedo for o início de ataques de enxaqueca, maior será o risco adicional para o desenvolvimento da enxaqueca transformada – forma mais comum da cefaléia crônica diária.

O próprio uso excessivo de medicamentos sintomáticos é entendido como um escape fóbico contra a dor. Peres *et al.*⁽⁸²⁾ classificaram como uma fobia de enfermidade específica, denominada *cefalalgiofobia*. Em outro estudo, identificaram-se fortemente as fobias na enxaqueca crônica, bem como os escores de ansiedade e humor, que foram maiores entre os fóbicos. Também sua correlação foi positiva com o grau de ansiedade e depressão. Corchs *et al.*⁽⁶⁷⁾ apontam que o reconhecimento das fobias pode contribuir com o manejo do tratamento e, com isso, melhorar o prognóstico.

Os indivíduos que relataram sintomas corporais no desenvolvimento da dor alegaram perda dos sentidos, vômitos ou desconforto gástrico, agulhadas na cabeça, perda da visão, elevação da pressão arterial, adormecimento da boca, latejar da cabeça e necessidade de cuidados médicos. São sintomas descritos como presentes na classificação da CCD, anteriormente mencionado.^(17,21,24) Apenas 6,6% das manifestações evidenciadas apontaram desconhecer a causa no desenvolvimento da dor. Esse número representa sete sujeitos e, portanto, os outros 33 (82,5% dos sujeitos) conseguem identificar e descrever o desenrolar de suas dores. Entende-se que estar atento ao próprio funcionamento mental e corporal diante de sua doença é fundamental para poder haver quaisquer possibilidades de transformações em direção a um melhor prognóstico. A psicanálise contribui para que o indivíduo amplie a noção de si mesmo, explorando sua mente e sua vida para novas possibilidades de compreensão.⁽¹⁾

Tratamentos não farmacológicos, que envolvem a participação ativa de pacientes, como exercício e psicoterapia, parecem ser mais efetivos que

aqueles que envolvem medidas passivas. Um equilíbrio entre a orientação orgânica e aproximações interpessoais cognitivas são apropriadas na interface psicossomática, devido ao componente de iatrogenia presente na manutenção de síndromes somáticas funcionais.⁽⁸³⁾

Quando questionados em “quais são as conseqüências ao ter dor?” o maior resultado foi de interromper as atividades realizadas com 21,43%. Também 19,64% das pessoas referiram manifestações corporais, como mal estar, aumento na intensidade das dores, não conseguir dormir, dores constantes, mesmo que diminuam, elas permanecem por vários dias. Se forem somadas as manifestações emocionais (que incluem entrar em pânico, medo de doença grave, não concluir objetivos simples do dia-a-dia, perder a agilidade e autoconfiança, tentativas de acalmar-se, isolar-se e rezar) aos prejuízos domésticos e profissionais, esse número sobe para quase 40% das conseqüências apontadas. Em vista disso, essas reações são muito reveladoras do impacto na vida mental que uma crise de CCD causa nas pessoas, incluindo seus sentimentos.

A dor de cabeça tem freqüência e níveis variados de incapacitação. A maioria das pesquisas evidencia os fatores biológicos como principais e presentes tanto na dor quanto na dificuldade em realizar tarefas provocadas por ela. Porém, confiar apenas nesses aspectos não abarca todos aqueles envolvidos na dor e suas limitações. Conforme Nicholson, Houle, Rhudy e Norton,⁽⁴⁴⁾ a dimensão psicológica passa a ser reconhecida como fator de risco para dores de cabeça.

Ao serem questionados “que fatos importantes na vida estavam acontecendo quando adoeceu?”, apenas onze sujeitos não relacionaram com nada específico. Ligado à condição médica, somam três sujeitos e três relacionados a outros. As demais categorias: restrições aos vínculos com pais, restrições ao vínculo conjugal, dificuldades no âmbito familiar, dificuldades profissionais e fatores emocionais somam 69,50% e todas estão, diretamente, ligadas a aspectos psicológicos; portanto, muito significativo na relação de fatores emocionais e dor de cabeça. Vale lembrar que, neste item, não necessariamente está relacionado à CCD, e sim ao início das dores de cabeça de um modo geral.

No questionamento de “como a família entende as dores de cabeça?”, 19,61% descreveram como avaliação negativa da doença por familiares, 21,57% com dificuldades gerais de relacionamento com pais ou familiares, 3,92% com dificuldades conjugais, 5,88% em dificuldades com os filhos e 5,88% com reações apresentadas (que inclui nervosismo, choro, agressividade, tendência ao isolamento e sentimento de solidão). Somando todas as categorias, tem-se 56,86% com referência negativa ao seu estado emocional e ligação com os principais vínculos. Além disso, 7,84% têm divisão nas opiniões dos familiares, só que esse valor poderia ser maior se as respostas negativas dessa divisão fossem verificadas e demonstradas. Ainda assim, 31,38% receberam o apoio e entendimento dos familiares a respeito de suas dores, e 3,92% referiram-se a outros significados. Existem pessoas que têm bom vínculo com seus familiares e isso é fundamental, porém não é suficiente para aliviar a pressão interna que elas sofrem e desencadeiam dor. É

necessário, portanto, que desenvolvam estratégias de enfrentamento diante dos obstáculos da vida, principalmente os internos.

Nesta mesma linha de evidências, 56,82% referiram que não houve nenhum tipo de mudança em função das dores de cabeça. 13,64% tiveram adaptações da família e também 13,64% acolhimentos recebidos. Os demais somam 15,9% para interferência na vida dos filhos (4,54%), dificuldades conjugais (4,54%) e outros (6,82%). Não ocorrer nenhum tipo de mudança não quer dizer que não cause impacto negativo nos sujeitos. Essa realidade por si só é frustrante para esses indivíduos, pois ao responderem ao questionamento anterior em que a família fez referência negativa, já estava subentendido que não fariam nenhuma mudança em função de suas dores.

Quanto às tentativas de cura, antes de procurar atendimento médico especializado, 35,09% procuraram outros atendimentos médicos com o objetivo específico de tratar a dor de cabeça, 5,27% investigaram outras doenças, antes do diagnóstico de cefaléia ou enxaqueca, 33,33% tomaram medicações por conta própria, 14,03% tentaram receitas caseiras ou populares (como tomar chás, fazer simpatias, tentativas com benzedores e orações de acordo com a própria crença), 3,51% buscavam dormir como alternativa, 3,51% com respostas diversas e apenas 3,51% buscaram ajuda psiquiátrica ou psicológica como consequência do reconhecimento da influência dos fatores psíquicos. Esse quadro evidencia que, antes do diagnóstico em centro especializado, as pessoas ainda buscam alternativas, prolongando seu sofrimento sem um tratamento adequado, consequentemente, com aumento de sobrecarga emocional causado pela CCD.

Deve-se esclarecer que o objetivo de fazer um questionamento aberto para acréscimos espontâneos foi o de observar que outros aspectos latentes poderiam surgir. Assim, 14,64% não acrescentaram manifestações, os demais se dividiram entre reconhecimento das manifestações psíquicas 21,43%, fantasias a respeito da doença 16,07%, auto-avaliação 16,07%, avaliação sobre o tratamento médico 7,14%, limitações em consequência da doença 3,58% e outros acréscimos 16,07%.

Convém observar que esse momento da entrevista evidenciou a necessidade que as pessoas têm em exteriorizar suas impressões. Saber que estavam diante de um profissional da saúde mental contribuiu para que se sentissem “autorizados” a falar de suas representações. Neste sentido, deve-se dizer que tratar o doente e não a doença faz com que se pense no relacionamento afetivo entre aquele que trata e aquele que é tratado, uma vez que é fundamental que haja uma confiança embutida na dupla para que se possa esperar uma melhora do estado daquele que busca ajuda. Mesmo cientificamente conhecendo-se determinantes genéticos, físicos, químicos, biológicos e culturais de muitas doenças, a dor é uma experiência do sujeito, qualquer que seja a sua origem. A teoria e a vivência psicanalítica contribuem para que essa abordagem que leva em conta a subjetividade do indivíduo ofereça uma melhor harmonia entre ele e sua própria realidade.⁽⁸⁴⁾

Torna-se útil observar a relação que se estabelece entre o paciente e o médico já que nem sempre é necessário muito tempo para compreender o paciente. Bastam algumas nuances para o médico compreender o *sentido* da doença. Ao conjunto de circunstâncias presentes, no que poderia ser chamado

de causa desencadeante, Perestrello⁽⁸⁵⁾ denominou *momento* existencial e ele preconiza que o médico deve compreender as características específicas de cada pessoa e captar o sentido daquele adoecer. Para ele, o próprio paciente dá as dicas de quando e em que circunstâncias surgiram os primeiros sintomas. E quando o paciente nega veementemente uma condição, já pode ser entendido como uma confirmação importante. Quanto maior a experiência do médico e mais sensível ele for, maior importância será dada a anamnese. Essa relação é viva e todas as atitudes do médico irão repercutir na pessoa de modo terapêutico ou não, dependendo das vivências e o que despertarão no paciente e também no médico.

Atualmente, o paciente não se conforma em seguir a conduta médica simplesmente. Cada vez mais quer ser esclarecido e participativo nas decisões. O aparecimento de uma doença orgânica fica somado a significados simbólicos, além do sofrimento físico. O paciente pode ser invadido por sentimentos que lhe provocam sofrimentos dos mais variados. Também é comum uma doença somática ter como desencadeantes certas perdas significativas, em que a reação pode ser de sentimentos de abandono e desesperança. Nesse desenrolar de angústias, ao adoecer, o paciente tende a repetir com seu médico os modelos de como se relaciona com as pessoas, sobretudo, em estados regressivos. Esse processo é conhecido como transferência. Também o médico tem diferentes sentimentos em relação aos pacientes, e esse fenômeno é chamado contratransferência. Ambas são simultâneas e interativas.⁽⁸⁶⁾

Para Eksterman,⁽⁸⁷⁾ foi fundamental a influência de psicanalistas trabalhando no hospital geral à medida que puderam assimilar e cuidar de aspectos irracionais das relações humanas na prática institucional, tendo como base o modelo transferencial e contratransferencial. O resultado dessa ação estimulou a equipe médica a conviver com doenças de expressão mental, compreendendo os pacientes e ampliando a ação assistencial. O entendimento da relação médico-paciente, nesses moldes, é avaliado como gerador de recursos terapêuticos, aproximando as linguagens biomédica e psicológica. O psicanalista, no hospital geral, não está ali para fazer psicanálise, e sim para ser psicanalista.

É conveniente esclarecer que o termo transferência não pertence, exclusivamente, ao vocabulário psicanalítico. A noção em Freud é reconhecida como “o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este.”⁽⁶⁰⁾ Ele próprio, em um texto que data de 1912,⁽⁸⁸⁾ afirma que “é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico.” E finaliza no mesmo texto: “Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornarem imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente.” Podemos reconhecer, assim, o valor da relação transferencial.

Quando o paciente procura pelo médico, é porque sente alguma coisa; mas, se ouve do profissional “não é nada” sentir-se-ão aliviados por curto tempo. As pessoas, de um modo geral, sentem-se aliviadas e protegidas com algum diagnóstico, mesmo que não entendam exatamente o significado. Se o médico necessitar de exames para esclarecer o diagnóstico, essa condição deverá ser esclarecida ao paciente que poderá apreciar a honestidade do médico. Todos os procedimentos complementares devem ser informados ao paciente e, de preferência, com antecedência. O paciente deve ser visto e entendido como peça importante na organização dos acontecimentos. Todo encontro com o médico é significativo, e se esse encontro não for harmonioso, não poderá trazer benefícios.⁽⁸⁵⁾ Perestrello afirma que poderá trazer resultados maléficos, a curto e médio prazo, mesmo que tecnicamente o encontro pareça estar correto. É a adequação do médico no manejo da relação transpessoal que torna possível a superação de dificuldades. O importante é o interesse humano pela pessoa que sofre, ou seja, ter a capacidade de sentir com o outro. O paciente sente quando o médico é autêntico e será percebido como tal. Contudo, é necessário não se envolver com o paciente. Não reconhecer seus sentimentos contribui para que o médico tenha atitudes inadequadas. O autor conclui que ele não deve assumir postura de conselheiro ou guia em assuntos particulares.

Saper e Lake⁽⁸⁹⁾ reconhecem que a identificação e administração da contratransferência por parte do médico também é evidenciada como item importante a ser considerado para o sucesso do tratamento. Esses fatores podem ajudar a manter os pacientes de dores de cabeça crônica em

tratamento, reduzir o risco de abuso de medicamentos, bem como minimizar a angústia do profissional que está tratando.

Os novos objetivos (de teoria e prática) do psicanalista têm influenciado o pensamento psicossomático contemporâneo, situando a interação do doente com sua sociedade e cultura. A psicossomática propõe um objetivo de se integrar às demais áreas da biologia humana. Para Eksterman,⁽⁸⁷⁾ “trabalhar com transferência não significa reduzir a pessoa a um *campo transferencial*”.

De acordo com Camargo Júnior,⁽⁹⁰⁾ há médicos que se portam como se as doenças fossem objetos concretos, sem significação, tanto psíquica quanto cultural. Portanto, há divergência na forma como o médico vê o problema e as preocupações do paciente. Pacientes trazem fantasias sobre sua doença e as classificam fantasiosamente dentro de uma hierarquia de gravidade. Os médicos também têm fantasias a respeito dos pacientes e aquelas, evidenciadas de maneira mais objetiva, são avaliadas como *graves* do que as chamadas funcionais – independente do tipo de sofrimento que acarreta aos pacientes. A própria condição de vida em sociedade pode ser geradora de sofrimento e doença, pois são vários os fatores que interferem nas respostas às tensões sociais. Uma linha que evidencia essa vinculação entre fenômenos sociais e adoecimento são os estudos sobre estresse. A própria doença é um acontecimento social, principalmente se for grave ou crônica. Então, conforme o autor, “...a relação sociedade-doença é múltipla: não apenas pode a estrutura social ser causadora de doenças, como a própria definição de ‘doença’ é, antes de tudo, cultural.”

O aparato complexo que é o ser humano, não pode ser entendido desconsiderando sua cultura com as modalidades de organização uma vez que são vários os fatores que interagem, diretamente, na vida das pessoas que causam um impacto, impedindo de manter um funcionamento mental pleno, contribuindo para que se abra mão da vida fantasmática, respondendo à excitação através da somatização. A doença somática é apenas uma via a mais para externar a turbulência afetiva. Pode-se falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um indivíduo, dentro de suas crenças e valores que lhes dêem sentido, valendo-se da linguagem e de sua experiência íntima que os legitimem. Em contrapartida, a angústia com suas oscilações têm repercussão somática em maior ou menor grau e é inerente às próprias condições do ser humano. Posta assim a questão, é de se dizer que os indivíduos que não contam com uma vida psíquica que lhes dê manutenção para enfrentar as adversidades da vida são os mais propensos a somatização.⁽⁸⁴⁾

A saúde enfrenta o desafio de contribuir para que o controle da dor faça parte dos cuidados oferecidos aos pacientes em todos os níveis de atenção. Para que os serviços melhorem na qualidade, é necessário entender o caráter subjetivo da dor como experiência ampla, com abrangência de mecanismos fisiológicos, psicológicos e comportamentais. O principal progresso neste sentido deve ser por parte dos profissionais da saúde para introduzir, na prática, esses novos conceitos. A abordagem multidisciplinar é um dos pilares desse processo, pois todos os envolvidos necessitam saber quais os passos a serem dados, ou seja, conduzir com mais qualidade à conduta aplicada.⁽⁹¹⁾

Marty e M'Uzan⁽⁹²⁾ propuseram a noção de “pensamento operatório” como uma atividade da mente distinta da neurose e da psicose. Trata-se de um modo de pensamento consciente, desprendido de duplos sentidos, atos falhos, metáforas ou atingidos por fantasias. Significa processo *ausente* e não impedidos por recalçamento. Entretanto, essa idéia difere do aprendido em psicanálise ao supor que esse ausente estaria presente em outra parte no sujeito e que poderia ser evocado pela associação livre, sonhos ou interpretações. Refere-se a um modo de representação psíquica singular em que o principal apoio está no discurso aprendido e nas convenções sociais.⁽⁵⁾

Os trabalhos de Marty e colaboradores da Escola de Psicossomática de Paris são fundamentais para o entendimento de alguns posicionamentos. Para eles, “pensamento operatório” está presente em pessoas com tendência a fazer somatizações porque o pensamento está, diretamente, ligado a fatos concretos, ou seja, elas têm dificuldade em fazer representações psíquicas, portanto, são carentes de representação simbólica. O que essas pessoas têm em comum é a pouca capacidade para fantasiar e sonhar. Ainda assim, esse funcionamento não é específico só a pacientes psicossomáticos.⁽⁹³⁾

Em alguns sujeitos deste estudo, foi possível fazer uma inferência a respeito desse tipo de funcionamento uma vez que, durante as entrevistas, ficou evidente a dificuldade das pessoas em expressarem ou colocarem em evidência seu mundo mental, com sentimentos ou conflitos, como se perdessem a dimensão da própria mente. Para tanto, foi classificado como pensamento operatório, o funcionamento dos sujeitos 2 (Milton), 4 (Elisabete), 17 (Ana), 32 (Cleonice), 34 (Janaina), 35 (Márcia) e 36 (Liliana). Eles chegaram

a mencionar que o “nervoso” pode provocar uma crise de dor de cabeça; mas, ao longo da entrevista, o tipo de resposta apresentada carecia de emoção. Neste sentido, deve-se dizer que não saber falar, é entendido como a falta de contato emocional, tendo, apenas, o corpo como representação. Então, nesse momento, para melhor identificação desse tipo de manifestação, a experiência clínica psicológica pode contribuir.

Outro conceito recentemente desenvolvido por Nemiah,⁽⁹⁴⁾ que significa a falta de habilidade para identificar e informar emoções, é o de alexitimia. Wise, Mann, Jani e Jani,⁽⁹⁵⁾ em uma pesquisa na Virgínia, sugerem que pacientes com dor de cabeça são psicologicamente perturbados e freqüentemente possuem características de alexitimia, e tornam suas percepções pobres em *insight*.

A doença crônica traz sofrimento, limitações e incômodo, visto que propicia, mesmo que de diferentes maneiras, reações naquele que é atingido, sendo que essas podem variar desde a negação da própria doença até o excesso de cuidados na adesão ao tratamento, diante da situação que se deseja manter, que é da saúde integral.⁽⁹⁶⁾

Com relação à segunda entrevista, ela objetivou conhecer a história pessoal dos portadores de cefaléia crônica diária para intensificar a investigação sobre a possibilidade de haver impacto significativo da doença na vida deles e de que forma.

Quanto aos resultados, investigar “que consideração você faz da vida, do passado até o presente?” mobilizou as pessoas a fazerem avaliações a respeito de si mesmo com metade das respostas emitidas, confirmando a

mesma linha de pensamento descrito acima, que é a valorização do vínculo que se estabelece com o profissional da saúde. Mesmo que para fazer referência negativa sobre os vínculos familiares, ou restrições no vínculo conjugal, e mesmo na referência positiva aos vínculos familiares, entendemos que ficou evidente a necessidade destes indivíduos de se manifestarem e reconhecerem esta abertura por parte da pesquisadora.

Ao serem questionadas “quais são os projetos de vida?” as pessoas relataram, muitas vezes, mais de um objetivo – o que é avaliado como aspecto positivo. A maioria das respostas apontou objetivos profissionais, seguidos por outros ligados aos filhos, depois, objetivos acadêmicos, valorização do relacionamento conjugal; algumas não têm relação com projetos e outras valorizaram o estado geral de saúde como objetivo. Tendo conhecimento que a própria condição sócio-econômica do país é bastante restrita, e que as pessoas necessitam cuidar efetivamente dessa realidade, os interesses familiares e de formação acadêmica também foram evidenciados. Discutir a relação entre a condição sócio-econômica e projetos de vida desses sujeitos, foge do foco de atenção da pesquisa.

Vale ressaltar que este questionamento foi feito com o intuito de avaliar a relação de “como a doença afeta os projetos de vida?” sejam eles quais forem. Quase 30% das repostas evidenciaram relação direta com a atuação profissional. Embora um número significativo (25,49%) tenha alegado que não afeta, verificou-se estabelecimento de relação com o humor, com o estado geral de saúde e interferência nos vínculos familiares. Esse quadro mostra o

impacto direto que a CCD acarreta na vida das pessoas, sugerindo aumento na sobrecarga emocional deles.

Ligado à investigação de como a doença afeta na realização dos projetos, também, foi importante conhecer “qual o relacionamento com o trabalho e/ou estudos?”. A maioria das respostas (50,85%) evidenciou um vínculo positivo com o trabalho, algumas, além do caráter favorável, descreveram ambivalência nesse aspecto e, portanto, categorizado como relação negativa com o trabalho. 15,25% relataram, nesse momento, algumas reações apresentadas diante da própria realidade acadêmica ou profissional, como sintomas depressivos (reconhecidos pelo próprio sujeito), nervosismo, revolta por não conseguir trabalhar, auto-exigência em corresponder com as necessidades profissionais, tentativas de distanciamento afetivo no momento da dor e vontade de abandonar os compromissos no momento de dor. Esses relatos expõem de modo muito claro, o impacto negativo na vida dessas pessoas causado pela CCD. Além disso, 6,78% apresentaram uma relação com status profissional que inclui aquelas que não trabalham por estarem aposentadas, ou que possuem o desejo de produzir e estão impossibilitadas. Também 5,08% enfatizaram relação positiva com os estudos e 3,39% fizeram outras referências. Se for avaliado, conjuntamente, a referência negativa com o trabalho (18,65%) e reações apresentadas (15,25%) haverá mais uma confirmação do impacto negativo da CCD, considerando a importância do trabalho na realização pessoal e possibilidade de preservar a condição profissional, sobretudo, se for levado em consideração que se trata de população carente, atendida neste Ambulatório.

Conhecer “como é a vida conjugal?” incluindo a relação de namoro e noivado, entende-se como aspecto importante a ser investigado visto que a afetividade exerce papel fundamental na vida do ser humano. Adequação ao vínculo conjugal foi relatada pela maioria, seguida por restrições ao vínculo; quatro pessoas não possuíam relacionamento estável e também houve quem fizesse avaliação geral sobre as próprias necessidades. O fato de possuírem bom vínculo conjugal sugere que, mesmo com a vida afetiva “estável”, outros fatores devem ser considerados na complexidade das pessoas não garantindo equilíbrio emocional.

Além do peso que existe na relação conjugal, a família também exerce grande influência na vida das pessoas; portanto, investigar “como é a relação com a família?” teve esse propósito. Poder contar com familiares contribui no enfrentamento das limitações que podem ocorrer na vida de portadores de CCD. Mesmo com um pouco mais da metade das respostas com avaliação positiva dos familiares, aquelas que evidenciaram que a ligação com familiares tem significado negativo, relataram com um grande pesar dessa condição. Os que disseram apresentar atitudes frente aos familiares (que incluiu nos relatos: tentativas de não magoar as pessoas, preservar os filhos do namorado, não ter tempo para o convívio dos familiares, dificuldades em expressar sentimentos, eventualmente brigar com as filhas, preocupar-se em oferecer estabilidade financeira, tentar criar os filhos diferentemente da maneira como foi criada) o fizeram com uma postura de muita onipotência nesse momento e não reconheceram que esse funcionamento causa impacto, muitas vezes, negativo em seu psiquismo. Além disso, houve relatos de restrições ao convívio familiar

por estarem distantes e terem os contatos limitados. Essa realidade também foi evidenciada com sofrimento por parte dos indivíduos, pois afirmaram sentir falta do convívio mais próximo com familiares. Diante do exposto, percebe-se que a relação com a família tanto oferece conforto quanto acarreta sofrimento, contribuindo para o aumento da sobrecarga emocional desses indivíduos.

Ter informação sobre “qual o significado atribuído à cabeça?” investigou se as pessoas consideram esse órgão mais importante que os outros. O objetivo desse questionamento foi conhecer qual o nível de consciência que essas pessoas têm a respeito da ligação entre os aspectos emocionais e sua doença. A maioria das respostas enfatizou como a parte mais importante do corpo, também algumas sentiram necessidade de fazer uma avaliação sobre o desempenho de sua cabeça – novamente aqui, observa-se a necessidade de se manifestarem e sentirem que suas opiniões seriam consideradas. Além disso, houve quem não considerasse a parte mais importante, e uma pessoa buscou outro tratamento específico na área de psiquiatria e psicologia como reconhecimento da influência dos fatores psicológicos nas crises de dor de cabeça. Em consonância com o observado, entende-se que considerar a parte mais importante, mesmo que de modo pouco aprofundado do autoconhecimento, adquire caráter primário em um processo futuro de maior reconhecimento da vida psíquica como necessária de ser cuidada, com o objetivo de amenizar o quanto possível o sofrimento a partir do momento em que se atenda a demanda emocional.

Deve-se esclarecer que do mesmo modo que na primeira entrevista, foi feito um questionamento aberto para que as pessoas pudessem fazer

acréscimos considerados importantes por eles, além daqueles investigados pela pesquisadora. As respostas consideradas nos acréscimos estavam na pergunta direcionada para isso e também disperso pelas outras perguntas por ser considerado fator importante dessa investigação.

Observou-se que 9 pessoas não quiseram fazer acréscimos, portanto, a maioria se manifestou, indo ao encontro do exposto na avaliação da primeira entrevista, que é o fato observado das pessoas terem necessidade de se manifestar e se sentirem acolhidas, expondo seu mundo mental. 31,03% das respostas estavam relacionadas à auto-avaliação, que foram sentidas como se elas estivessem fazendo um “fechamento” de tudo o que já tinha sido exposto da vida delas. Para umas, foram aspectos positivos; para outras, os negativos. Independente dessa conotação foi percebido satisfação e agradecimentos explícitos por esse momento. 12,07% reconheceram as próprias manifestações psíquicas, e foram avaliadas como “preciosos”, pois estabelecer uma ligação entre as emoções com as dores de cabeça é o passo seguinte dentro de uma hierarquia do desenvolvimento da própria mente. O que o indivíduo “irá” fazer com sua doença e os recursos terapêuticos disponíveis, as variações são inúmeras e a consequência, enquanto sucesso ou fracasso no tratamento que lhe é indicado, é que estarão em jogo.⁽¹⁾ 12,07% fizeram uma avaliação positiva do tratamento, o que é mais uma evidência importante se houver uma reflexão sobre o tempo de sofrimento dessas pessoas que, na maioria das vezes, sofrem há muitos anos, e puderam alcançar melhoras significativas com o tratamento indicado pelo neurologista. Isso é gratificante para a equipe de saúde como um todo. No que se refere aos tratamentos, Biondi e Portuesi⁽⁹⁷⁾

apontam que nenhum dos tratamentos disponíveis, como drogas, biofeedback ou psicoterapia se mostram superiores uns aos outros. Também dizem que a acupuntura e outras terapias físicas têm demonstrado resultados satisfatórios e, ainda, fazem sugestões quanto ao diagnóstico para que se faça uma avaliação global, levando-se em conta os aspectos psicossomáticos, com enfoque individual e conhecimento da história de cada um.

Ainda no que se refere aos acréscimos espontâneos, 13,79% apresentaram respostas diversas, 8,62% relataram fantasias a respeito da doença, 3,45% alegaram limitações sócio-econômicas e 3,45% foram identificadas com tipos de funcionamento psíquico. Dentre as pessoas que relataram fantasias a respeito da doença, o que mais apareceu foi o medo de ser uma doença grave. O próprio tempo de doença e a intensidade das dores contribuem para esse questionamento. Novamente, enfatiza-se a importância do vínculo médico-paciente, pois não é raro o paciente que solicita exames laboratoriais complexos, não se contentando, apenas, com o exame clínico neurológico. Os aspectos sócio-econômicos, também, apareceram e houve relato que a própria dificuldade financeira é motivo que aumenta preocupações e que, por sua vez, o aumento dessas desencadeia ou intensifica as crises de dor. Portanto, esse fator não pode ser desconsiderado na complexidade do quadro de CCD, sobretudo na população estudada.

Martin e Theunissen⁽⁹⁸⁾ fizeram um estudo que enfatizou a importância dos aspectos sociais da enxaqueca. Os achados sugerem que os clínicos e os investigadores deveriam prestar mais atenção aos aspectos sociais e que devem ser ensinados ao sofredor de enxaqueca a mobilizar apoio social

enquanto uma das propostas de tratamento. E por fim, conflitos conjugais que também apareceram como fator importante no desenvolvimento das crises já que são dificuldades que se repetem e o enfrentamento, estando prejudicado, contribui com o aumento de tensão. Quanto aos tipos de funcionamento psíquico, foram observações, ao longo das entrevistas, identificadas como modelos interpretativos, reconhecidos em alguns sujeitos. São quadros que necessitariam de avaliação psiquiátrica e psicológica mais detalhada, com o devido encaminhamento.

Maizels, Smitherman e Penzien⁽⁹⁹⁾ apontam que, entre os métodos de triagem e instrumentos disponíveis, é fundamental encontrar diretrizes para saber quais métodos de triagem para as dores ou filtros para ansiedade e depressão são mais eficazes. A triagem verbal e informal pode ser suficiente em cuidado primário, mas deveria incluir filtros para ansiedade e depressão, pois a ansiedade pode ter impacto até mais significativo do que a depressão que pode ocorrer na sua ausência. Para eles, a triagem formal com instrumentos pode identificar uma série de distúrbios psiquiátricos, o que é mais apropriado para pacientes com dores de cabeça diárias, pacientes que são relutantes ao cuidado habitual e aqueles encaminhados para avaliação de especialidade. E concluem que a presença de comorbidade psiquiátrica em pacientes de enxaqueca é associada à diminuição da qualidade de vida, prognóstico mais pobre, cronificação da doença, resposta mais pobre para o tratamento e aumento dos custos médicos.

É possível encontrar pacientes com incapacidade de reconhecer que, em suas dores, há participação dos fatores emocionais. Essa realidade dificulta o

encaminhamento para o psiquiatra, ou prejudica sua relação com o clínico por fazer tal sugestão. É preciso acreditar que o paciente tem dor, e o médico deve encaminhar a consulta para aspectos pessoais do doente. Esse encaminhamento deve ser entendido como procedimento normal para ambos.⁽¹⁰⁰⁾

Profissionais da saúde que tratam de pacientes que sofrem de dores de cabeça, freqüentemente, encontram pacientes com transtornos psiquiátricos e, entre eles, os de personalidade borderline. Esses pacientes, geralmente, sofrem de enxaqueca e apresentam problemas no tratamento. Enxaquecas severas parecem ser mais predominantes em pacientes com esse transtorno do que na população geral. As pesquisas têm demonstrado que o tratamento deve combinar farmacoterapia apropriada com psicoterapia contínua. Saper e Lake⁽⁸⁹⁾ afirmam que o tratamento desses indivíduos requer contratos explícitos, consistente limite do enquadre, confrontação e comunicação entre os profissionais que estiverem acompanhando o paciente para se evitar uma divisão na condução do tratamento.

Um outro estudo realizado no centro de dor de cabeça da Universidade do Alabama do Sul⁽¹⁰¹⁾ também aponta que o transtorno de personalidade borderline pode ser muito comum na população clínica que sofre de enxaqueca. Os profissionais desse centro dizem que nos pacientes que sofrem de enxaqueca e coexiste o transtorno de personalidade borderline, estão associadas mais as mulheres, com dores mais fortes, maior inaptidão relacionada à prevalência do uso excessivo de medicamentos, que fazem mais visitas não programadas para tratamentos nas dores agudas, têm uma maior

prevalência ativa de depressão auto-avaliada e diminuição na probabilidade em responder a terapia farmacológica pretendida para o tratamento da enxaqueca. Portanto, apontam que os pacientes que sofrem de enxaqueca e coexiste o transtorno de personalidade borderline são clinicamente distintos da população que sofre de enxaqueca, pois são severamente afetados por essa desordem além de serem resistentes ao tratamento. Concluem que instrumentos de triagem simples para identificá-los podem ser ineficazes no cenário da dor de cabeça.

Um outro dado é que a confiança em analgésicos pode ser um fator que prediz a cronicidade da enxaqueca visto que pesquisas recentes têm demonstrado que desordens psiquiátricas são as comorbidades mais prevalentes no uso excessivo de medicações para dores de cabeça e pode preceder o comportamento de tomar remédios em grande quantidade.⁽¹⁰²⁾ Parece ser um risco aumentado a história familiar com o uso de substâncias em doenças para os pacientes que utilizam excessivamente medicações. Lake afirma que se incluir tratamento comportamental para profilaxia medicamentosa, pode-se reduzir o risco de recaída significativa. Vale observar que as recomendações clínicas incluem avaliação e modificação de fatores psicológicos que podem estar por trás do comportamento de uso excessivo de medicações. Também indica o fornecimento de informações educacionais detalhadas, combinando o tratamento do comportamento com a retirada da droga e o uso de farmacoterapia profilática.

As pesquisas têm demonstrado que a desordem psiquiátrica mais freqüentemente observada em pacientes com enxaqueca crônica, é a

depressão.^(30,42,45-48,65-69,82) A cognição funcionalmente desordenada tem um papel importante no aparecimento e perpetuação da depressão, principalmente naqueles indivíduos propensos a desenvolvê-la, uma vez que facilita o aparecimento automático de pensamentos negativos. Níveis de depressão são paralelos às distorções cognitivas, experimentadas por pacientes com dor crônica visto que esses pensamentos reforçam e nutrem convicções de que são depressivos, bem como propiciam que a depressão fique mais severa.⁽¹⁰³⁾

Cada pessoa exprime sua dor de maneira pessoal. O afeto é mobilizado no momento da dor aguda, e a depressão pode aparecer como secundária à dor crônica. Também é de se questionar se havia depressão devido à causa psicológica e não relacionada ao problema físico. Pode surgir um sentimento de perda acompanhado das modificações acarretadas pela doença crônica, impedindo o indivíduo de funcionar adequadamente (gênese da depressão secundária à dor crônica).⁽¹⁰⁰⁾

Deve-se dizer que essa investigação subjetiva da depressão em portadores de CCD, pelo ponto de vista psicanalítico, torna-se mais difícil, pois as hipóteses levantadas sob esse prisma colocam o investigador numa situação muito particular. Entende-se, portanto, que a reflexão a respeito da depressão torna-se fundamental pelo impacto provocado por ela na vida da população, seja como quadro principal, comorbidade, ou secundária a outra patologia física ou psíquica.

Neste estudo, foi possível observar, em alguns sujeitos, a manifestação da depressão e sua relação com as dores de cabeça. O fato de não se sentirem compreendidos ou acolhidos, de acordo com a própria necessidade

ou desejo, sugeriu pensar em mecanismos psicodinâmicos, conforme se segue:

“Eu sou sozinha! (silêncio) Tinha minha mãe. Faz um mês e treze dias hoje que minha mãe morreu! Ninguém me entende!” (Soraia, 37 anos. Apêndice 5)

“É, a única coisa que existe, mais assim, por exemplo, às vezes, é um descontrole. Vamos supor... Em casa, a gente quer explicar uma coisa qualquer para a família e a família acha que não é. Acha que a gente já tá com idade de ficar... sabe... não entende as coisas, né!? Acha que a gente já é... vamos dizer, assim... Se aborrece à toa, fica reclamando à toa. Isso me aborrece porque eu sei que não é assim. Às vezes, a família acha que é, mas não é. Porque, realmente, a gente não perde o juízo fácil para falar qualquer coisa, sabe? Digamos... eles acham que tem que ser da maneira que eles acham que tem que ser! E eu já acho que não, então, isso me aborrece bastante.” (Milton, 64 anos. Apêndice 6)

“Olha, eu acho que teve sim porque eu tô tendo problema com meu pai, minha família. Porque ele vive com uma outra mulher, sabe. Então, é separado da minha mãe. Então, de uns tempos pra cá, eu não sei se é o jeito da mulher, o que foi que aconteceu. Eu sei que ele não se dá comigo. Eu acho que um pouco é porque fizeram sacanagem comigo. Porque, sabe, eu moro encostado. Minha mãe mora, sabe, em outro bairro, mas o meu pai mora em bairro perto de mim. Então, sabe, ele teve uma discussão muito feia comigo. Então, depois desse dia, nossa, mas me deu uma dor de cabeça... que parecia que eu cheguei em casa e parecia que eu ia explodir de tanta dor de cabeça. Isso, eu

tô tentando relevar sabe, porque ele tem outra mulher, então é outra família.”
(Selma, 32 anos. Apêndice 7)

“É, eu tinha feito ultra-som, mas já foi quase no finalzinho, oito meses... Daí, vieram dois. E no sítio, tudo mais difícil. Como eu nasci e me criei na cidade, então, eu tive que me adaptar ao sítio. Depois, adaptar àquela situação de duas crianças. Então, eu estou sempre tendo que me adaptar né... E... E, depois, eles deram bronquite, aí ficou pior porque você levava um com crise, e quando você voltava tava, outro com crise. A gente ainda não tinha o hospital da cidade, ainda não estava pronto. Tinha que caminhar 30 km. Então, foi meio complicado, porque, nesse período, fiquei com depressão. Mas, graças a Deus, não precisou dessas drogas, eu já entrei no grupo de oração, e tudo. Aí, me libertei, graças a Deus!” (Helena, 38 anos. Apêndice 8)

Se pensarmos na relação entre a CCD e a depressão, a influência de uma sobre a outra se estabelece fortemente. As queixas somáticas estão presentes na depressão, e a cultura tem influência na sua variação. O DSM-IV-TR ⁽⁵³⁾ aponta que, nas culturas latinas e mediterrâneas, a experiência depressiva pode ser expressa por dores de cabeça e nervosismo.

Para Lobato,⁽¹⁰⁰⁾ há cinco condições psiquiátricas em que a dor pode ser significativa: depressão, distúrbios somatoformes, psicoses, neurose de compensação e simulação. Afirma, ainda, que pensamento operatório e alexitimia podem ser encontrados em pacientes que têm dor crônica.

Taylor⁽¹⁰⁴⁾ sugere que psicoterapias que envolvem técnicas específicas para aumentar a consciência emocional e integrar elementos simbólicos de esquemas de emoção podem ser efetivas em reduzir características de

alexitimia. Para ele, a alexitimia está provando ser uma útil construção heurística por explorar o papel da personalidade e das emoções na patogênese de certas enfermidades e doenças somáticas.

Assim como relatos indicando depressão foram observados, também alguns pacientes foram reconhecidos com indícios de alexitimia e pensamento operatório. Vale ressaltar a existência de instrumento específico de investigação de alexitimia como a Toronto Alexithymia Scale (TAS), mas que foge desse propósito de investigação fenomenológica quanto às manifestações espontâneas. Por essa razão, aspectos de alexitimia foram identificados após avaliação dos resultados, porém não fez parte dos objetivos iniciais a serem investigados neste estudo. A seguir, encontram-se alguns trechos avaliados como manifestações de alexitimia:

“Ah! Para falar a verdade eu não relaciono com nada. (risos) Não sei, às vezes, eu acho que é porque estou muito cansada, eu chego a achar que estou cansada. Às vezes, eu não tô, não sinto cansada e, mesmo assim, eu tenho a dor de cabeça. Então, isso não se relaciona com nada, nunca relacionei.”
(Elisabete, 26 anos. Apêndice 9)

“Quando eu fico muito preocupada. Tem uma coisa pra eu fazer e começo a ficar preocupada. Eu sou uma pessoa preocupada por antecipação, e aí eu já sei que vai me dar uma enxaqueca brava!” “E... também o lado emocional da família que mora lá fora, e eu fico sozinha preocupada. Eu acho que isso daí tá... Que pesa bastante nas minhas dores de cabeça né!? Eu não consigo relaxar, descansar, eu sempre fico fazendo alguma coisa e aí eu termino e tô pensando um monte de coisa.” (Ana 33 anos. Apêndice 10)

Uma outra pessoa ao ser questionada sobre o significado de adoecer, não consegue encontrar palavras para se expressar: *“Ai porque ela... Ai... Não sei... Ai não sei como explicar é uma dor... De repente vem; depois, ela passa; depois, ela vem de novo...”* E dando prosseguimento à entrevista quando perguntada sobre o que acha que provoca uma crise de dor: *“Eu acho que é... Ah! ficar pensando muito, nossa!!”* (Janaina, 25 anos. Apêndice 11)

“Não sei, isso eu num sei, sei lá, num sei o que, que significa isso.” Essas foram as palavras de uma outra paciente ao ser questionada o que significa para ela sofrer de dores de cabeça, mesmo relacionando suas dores com o nervoso. (Márcia, 30 anos. Apêndice 12)

Um outro exemplo é de uma mulher que não conseguiu ser muito clara nos seus relatos. Ao ser questionada no que a deixa nervosa e se considera ser uma pessoa nervosa responde: *“Ai... coisa..., sei lá, coisa assim, problema de casa, tem vez.”* *“...Mais ou menos, tem vez que é que foi alguma briga assim, alguma coisa, não é sempre, mas de vez em quando...”* (Liliana, 33 anos. Apêndice 13)

Yücel *et al.*⁽¹⁰³⁾ realizaram um estudo que avaliou e comparou pacientes que sofrem de enxaqueca tipo tensional com depressão e apresentam pensamentos automáticos, alexitimia e assertividade. Esses autores sugerem que pacientes com dor de cabeça crônica podem ser alexitímicos, e não assertivos e que os níveis de depressão são altos. Pacientes com dor de cabeça podem sofrer dificuldades de expressar suas emoções, e a alexitimia foi encontrada, em maior frequência, nos pacientes com dor de cabeça do tipo tensional. Portanto, identificaram a alexitimia como um fator que facilita o

aparecimento de desordens psicossomáticas. Também foi identificada a associação com agressão e não conseguir expressar hostilidades.

Os autores observaram, ainda, que a depressão é clinicamente significativa em pacientes com enxaqueca do tipo tensional, pois observaram maior pontuação na escala de pensamentos automáticos e essas pontuações elevadas apóiam a posição de Beck de que a reestruturação cognitiva representa um fator de risco para o desenvolvimento da depressão. Na concepção dos mesmos, dificuldades em comunicação interpessoal surgem da dificuldade do indivíduo em articular suas emoções e desejos. Pensamento positivo é um dos padrões de comportamento que provê meios para comunicação interpessoal adequada visto que envolve expressão direta e sincera de emoções, convicções e pensamentos junto com a comunicação de respeito para com os outros. Também notou-se no estudo, pontuações da escala de pensamento positivo para pacientes com enxaqueca do tipo tensional, significativamente mais baixas. Esse resultado foi ao encontro das observações clínicas deles, que reconheceram dificuldade em expressar emoções nos pacientes clínicos.

Em conformidade com o estudo apontado acima, é possível associar a influência da depressão, pensamento operatório e alexitimia nos sujeitos deste estudo. Em alguns foram mais explícitos os indicativos, e em outros ficaram mais encobertos, porém foi sempre possível reconhecer a sobrecarga emocional em pacientes portadores de cefaléia crônica diária. Cada vez mais, fica evidente a necessidade de intervenções multiprofissionais para pacientes portadores de doenças crônicas e, entre elas, a CCD. Em vista disso, fica

evidente que a ajuda psicológica deve fazer parte da assistência a esses indivíduos.

Quanto à análise estatística de algumas variáveis para se conhecer a existência de relações entre os fatores, foi possível observar que são significativas algumas interferências.

Ao comparar o tempo de doença com o significado de adoecer, o grau de associação entre elas foi de 39,44%, ficando evidente que quanto maior o tempo de doença, menor é o sofrimento psíquico, sofrimento físico e o prejuízo no trabalho. Na comparação entre o tempo de doença e com o que relaciona a dor, a associação foi de 43,9%. Também foi possível observar que quanto maior é o tempo em que sofre de dores de cabeça, menor é o nervosismo, a tensão, preocupação e ansiedade que foram os aspectos mais apontados entre todos os sujeitos como motivos em que relacionam suas dores. A outra comparação, efetuada com o tempo de doença, foi em como desenvolve a dor e essa associação foi de 50,28%. Da mesma maneira, quanto mais tempo a pessoa tem de doença, menor é a tentativa de auto-cura, menos pessoas têm diferentes tipos de dor, menos pessoas têm dores desencadeadas pelas emoções, e menos sintomas corporais são observados. A última comparação entre tempo de doença foi com a investigação de busca de outras ajudas, antes do tratamento médico especializado em dores de cabeça. Essa associação evidenciou 50,28% de influência que também é significativa. Do mesmo modo que com as variáveis anteriores, quanto maior o tempo de doença, menos são as buscas alternativas, como tratamentos em outras especialidades médicas, auto-medicação, receitas caseiras e busca de ajuda

psiquiátrica, que, especificamente, foram apenas dois sujeitos que procuraram. Essa constatação mostra como, ainda, é necessário o encaminhamento médico para assistência psiquiátrica ou psicológica com pacientes que sofrem de CCD.

Além dessas duas comparações entre outras variáveis, foram efetuadas. Na comparação entre a consideração que a pessoa faz do seu passado até o presente com o significado de adoecer, houve 33,23% de influência entre si. Aspectos como sofrimento psíquico, sofrimento físico e prejuízo no trabalho ficaram mais evidenciados naqueles indivíduos que fizeram avaliação geral de si e que apresentaram restrições nos vínculos familiares. Esse quadro evidencia a necessidade que esses pacientes têm de cuidar de sua vida emocional. Finalmente, a comparação entre o significado atribuído à cabeça com o significado de adoecer apontou 31,33% de associação entre si. As pessoas que consideraram a sua cabeça a parte mais importante de seu corpo foi a grande maioria e foram as que mais relataram sofrimento psíquico, sofrimento físico, prejuízo no trabalho e prejuízo social.

Todas as comparações, entre as variáveis citadas acima, apontam a importância da valorização da vida mental e os cuidados requeridos desses aspectos nos portadores de CCD.

Impende observar que os resultados desta pesquisa coincidem com estudos, como os de Hansen, Bendtsen e Jensen⁽¹⁰⁵⁾ em que relatam que pacientes que receberam tratamento psicológico em um centro para dores de cabeça apresentaram redução na frequência de enxaqueca. Informaram, ainda, menos sintomas de depressão e pareciam menos inclinados a somatização.

Esse estudo evidenciou que fatores psicológicos influenciam o resultado de tratamento para pacientes que sofrem de enxaqueca.

Resultados como esses favorecem o planejamento e desenvolvimento do tratamento desse tipo de doença. Deste modo, os aspectos emocionais estão bem evidenciados enquanto fatores a serem incluídos nos tratamentos da CCD.

Quanto mais o médico conhecer fatores que desencadeiam ou perpetuam as crises de dor, melhor será a condição de prescrever o tipo mais adequado de medicação para cada paciente, bem como o devido encaminhamento para psicoterapia e outros tratamentos que se fizerem necessários.

Além disso, quanto mais as pessoas reconhecerem suas manifestações psíquicas e fatores psíquicos que provocam dor, possivelmente, será mais fácil orientá-las a respeito da importância de se cuidar das mesmas e, provavelmente, do impacto que isso provoca.

Mais pesquisas na área pode auxiliar na melhor compreensão do impacto da sobrecarga emocional em pacientes que sofrem de CCD, com o objetivo de melhorar o tratamento e conseqüente aumento de satisfação dos mesmos, familiares e da equipe de saúde como um todo.

Vale a pena ilustrar o conteúdo de uma sessão, de maneira a caracterizar o processo, exatamente como aconteceu, como as categorias foram evidenciadas, contribuindo para que o leitor tenha a dimensão um pouco mais detalhada de como ocorreu a pesquisa.

5. APRESENTAÇÃO DO TRANSCURSO DE UMA ENTREVISTA

5. APRESENTAÇÃO DO TRANSCURSO DE UMA ENTREVISTA

Descrição: M., sexo feminino, 32 anos, Ensino Médio incompleto, em união consensual, camareira, com 3 filhos: duas meninas (12 e 10 anos) e um menino de 7 anos. Os filhos ficam, durante a semana, na casa de seus pais sob os cuidados da avó. M. vai à casa de sua mãe todos os dias, mas os filhos permanecem por lá. Nos fins de semana, vão para a casa com M. que mantém essa rotina com a justificativa de precisar trabalhar e, desde pequenos, necessita da ajuda de sua mãe para cuidar deles.

1ª Entrevista

T (Terapeuta) – M. gostaria de ouvir de você, o que significa sofrer de dor de cabeça?

P (Paciente) – Terrível! Muito! A gente perde noção de tudo né!? Do lazer, de trabalhar, entendeu? Fica irritada, tudo incomoda. Horrível!

T – Você costuma relacionar sua dor com o quê? O que você acha que provoca uma crise?

P – Oh, quando eu fico muito ansiosa, ou nervosa demais, ou quando eu fico preocupada com alguma coisa, aí é insuportável. Parece que vai explodir a cabeça.

T – Você faz esta ligação direta. Quando você fica assim, a dor vem?

P – Instantâneo! Ficar nervosa, já vem aquela dor insuportável que parece que vai explodir a cabeça.

T – Algo mais que você associa que provoca uma dor, ou especificamente teu estado emocional?

P – É o estado emocional mesmo.

T – Mais nada?

P – Isso, mais nada!

T – Eu gostaria de ouvir qual é a história da sua dor. Como que ela surge, como que ela se desenvolve e como ela termina?

P – Já faz 10 anos né, que eu venho sofrendo essa dor de cabeça. Então, é assim: 3 dores. Tem uma dor que vem bem aqui, assim na nuca, e aqui assim, do lado da cabeça. Tem aquela outra que fica bem aqui assim, um peso na cabeça. E ela vem assim: começa o dia, aquela dor bem fraquinha, e a tendência dela é ir aumentando até chegar àquela dor insuportável de não conseguir abrir o olho, nem de falar, entendeu? Dá ânsia de vômito, muita dor forte mesmo. E eu só com remédio, só com remédio que ela alivia mesmo. Já no começo do tratamento, mesmo tomando remédio, eu acordava com a dor, e levantava com a dor. Abria o olho e a dor já vinha. Agora, com o remédio que eu tô tomando, se eu tomar, eu não sinto dor. Mas se eu ficar sem tomar, eu não agüento, no outro dia, de dor.

T – Mesmo tomando essa medicação, ainda, de vez em quando, você tem alguma crise?

P – Tenho, tenho sim!

T – Não é mais uma dor constante, mas de vez em quando ainda tem alguma dor. É isso?

P – É, de vez em quando, eu ainda tenho. Não parou de tudo ainda não.

T – Você está falando que, há mais ou menos 10 anos, você sofre dessa dor. Ao longo desse tempo, houve alguma mudança nesse ritmo em como você é “pega” com essa dor, ou sempre foi assim?

P – Sempre foi assim, aquela dor insuportável. Sempre foi!

T – Você percebe que com o tratamento diminuíram as crises, ou você não percebeu nenhuma melhora? O que você percebeu?

P – É assim, diminuiu muito pouco.

T – É?

P – Ainda sinto aquela dor, principalmente se eu ficar nervosa. Por isso que eu estou procurando me controlar mais, porque mesmo tomando a medicação, se eu ficar nervosa, com muita ansiedade, ela vem. Nem o remédio não resolve.

T – Você se considera uma pessoa ansiosa?

P – Demais!

T – É?

P – Demais ansiosa.

T – O que você faz com isso?

P – Às vezes, eu procuro ler; às vezes, eu deixo de fazer muitas coisas que eu fazia antes que eu não consigo fazer hoje.

T – O quê?

P – Eu lia muito, não consigo ler. Tenho vários livros lá tudo começado. A ansiedade não tá deixando eu ler. E eu bordava, entendeu? Ponto cruz, tá tudo começado. Pode ir lá na minha casa. Tem aquelas pilhas de coisas tudo começada, sem terminar.

T – Tem te atrapalhado?

P – Tem, muito, muito!

T – Você nunca buscou ajuda para isso?

P – Uma vez, eu comecei que o R. me encaminhou, (referindo-se ao psicólogo da empresa onde trabalha), mas aí, eu parei. Aí, eu achei que eu tava melhor, eu parei. Depois, eu nunca terminei.

T – Mais uma coisa sem terminar.

P – (risos) Tudo começado sem terminar.

T – Mais coisas na sua vida você percebe assim?

P – Percebo bastante coisa. Meu lado afetivo...

T – É?

P – É desse jeito.

T – Como um padrão de funcionamento? Começa e não conclui?

P – É. Desse jeito. Às vezes, queria até mudar porque eu falo: nossa, será que a vida inteira desse jeito, tudo começando sem terminar? Atrapalha muito mesmo!

T – Quando você passou a sofrer das dores de cabeça, você falou há uns 10 anos não é? Que fatos importantes na sua vida estavam acontecendo?

P – Olha, acontecendo muita coisa, entendeu? Meu lado afetivo, o relacionamento com os filhos sabe. Minha vida pessoal, então, tudo isso tava desse jeito.

T – Você falou que você é divorciada, está relacionado com isso? Faz quanto tempo que você está divorciada?

P – Que eu estou separada, vai fazer 5 anos. Mas, desses 5 anos, teve duas voltas, e não deu certo, a gente largou. Agora, largamos definitivo. Eu notei que depois que eu me separei mesmo, que eu coloquei na minha cabeça que é definitivo, eu acho que eu melhorei um pouco, porque estava relacionado a não conseguir tomar atitude em relação ao meu relacionamento. Não tava fazendo bem pra mim, mas eu não conseguia terminar.

T – Não conseguia concluir.

P – É não conseguia concluir. Aí, quando eu cheguei a essa conclusão: não, eu não vou querer mais assim, deu uma melhorada.

T – Aliviou a tensão?

P – Isso, isso! Foi desse jeito. Deu uma melhora grande. E em relação com o que eu tava sentindo, melhorou. Eu senti essa melhora.

T – Você está falando que faz mais tempo que você sofre dessas dores. E você relaciona especificamente com dificuldades afetivas que você estava vivendo?

P – Isso, isso!

T – M. não ficou claro é se as dificuldades eram também no relacionamento com os filhos ou especificamente com o marido? O que você me diz?

P – Especificamente com o marido, com ele.

T – E você associa que a partir disso que você passou a sofrer de dores de cabeça?

P – É, foi através disso né e de lá para cá, sempre com essa crise forte.

T – E com os filhos quando eram pequenos, quando você se casou, até hoje como que é o relacionamento com os filhos?

P – Ai, super bem graças a Deus.

T – Dentro do seu contexto de família, como que a sua doença é vista? Como suas dores de cabeça são vistas?

P – Olha, quem sabe mais da minha dor de cabeça é a minha mãe né!? Mas ela não relata nada, ela não fala nada.

T – Não houve nenhuma mudança na família em função das suas dores?

P – Não, em relação à família não, nada.

T – E quando você tem uma crise, porque você está morando só com os filhos, como você faz?

P – Oh, geralmente, eles ficam durante a semana na minha mãe. Então, minha menina que sempre ta vindo né, mas o meu menino, os dois menores ficam na minha mãe por causa da escola. Então, a maior que sempre ta indo e vindo. Não é todo dia que ela vai na minha casa. Só que eles ficam comigo mais nos fins de semana. E, geralmente, eles já estão acostumados porque eles falam assim: ai você só tem dor de cabeça mãe, você só tem dor de cabeça. Eu sei que quando eu chego e tô com dor de cabeça, eu falo: tô com dor de cabeça. Aí, geralmente, eu tomo um remédio, entro pro quarto e fico ali.

T – Eles são pequenos também?

P – É.

T – Antes de você procurar o médico para fazer tratamento, você chegou a fazer alguma tentativa de cura?

P – Não!

T – Quando você procurou você já foi direto para o médico?

P – Foi direto.

T – E há quanto tempo você está fazendo tratamento?

P – Vai fazer um ano e meio, acho.

T – É? E antes desse tempo?

P – Eu não fazia nada. Só tomava remédio por conta própria. E nunca melhorou nada.

T – Já estamos terminando. Esta primeira entrevista é para eu conhecer um pouquinho a história da sua dor de cabeça. Existe algo que você considera importante falar e que você gostaria de acrescentar?

P – Oh, eu acho assim: essa dor de cabeça, desde quando ela começou assim, quando eu comecei o lado afetivo da minha vida, porque até antes, eu não tinha essas dores de cabeça. Já faz 10 anos mais ou menos e minha filha mais velha tem 12. Então quando eu comecei a ter relacionamento que começou. Acho por não conseguir tomar decisões, sabe, por eu não tomar decisões, eu acabo sendo prejudicada. Então eu imagino isso.

T – Como uma pressão que não cabe dentro da cabeça e aí passa a doer?

P – É. Isso mesmo!

T – Você faz uma leitura direta com essa situação de vida. Quando você passou a não conseguir tomar muitas decisões que são mais importantes, que tomaram seu lado afetivo mais intensamente, aí você passou a sofrer de dores de cabeça?

P – Isso mesmo.

T – E hoje, você não tem mais ninguém, não conheceu uma outra pessoa?

P – Não! Nem pretendo. (risos)

T – Não?

P – É como se eu fosse conhecer alguém, eu fosse viver tudo novamente, então, eu prefiro ficar do jeito que eu to, que eu to melhor.

T – Então, obrigada M.

2ª Entrevista

Obs.: A segunda entrevista demorou alguns meses para ser realizada em função de dificuldades da paciente em comparecer ao ambulatório. Quando voltou, já estava se relacionando com outra pessoa e vivendo com ele.

T – M. eu gostaria de saber que consideração que você faz da sua vida, do seu passado até o presente?

P – Como eu vejo?

T – É que avaliação você faz da sua vida? Um resumo da sua vida, do passado até o presente.

P – Ah, é muito difícil. (riso um pouco sem graça) Ai já tive tanta coisa que... Foi horrível! A única coisa que salvou de tudo isso foi meus filhos, mas o resto, não tem nada de bom.

T – E você está dizendo foi. Então, dá para pensar que hoje tem uma condição melhor?

P – Tem, hoje tem.

T – Melhorou?

P – Melhorou bastante.

T – Que projetos você tinha de vida, o que você esperava alcançar na sua vida e que projetos você ainda tem?

P – Eu esperava assim, casar entendeu? Ter meus filhos, viver uma vida assim, tranqüila, sossegada... sabe? Problemas eu sabia que ia ter né, mas não que eu esperava passar por tudo isso que eu passei. E agora o projeto que eu tenho é criar meus filhos né e ser feliz – coisa que eu nunca fui.

T – E como que a sua doença, como que as dores de cabeça interferem nos seus projetos de vida? Ou se não interferem?

P – Ah interfere, porque quando eu tenho as crises entendeu? Acho que eu fico deprimida, aí eu já desisto de tudo. Às vezes, se eu tiver um trampo aquele dia, eu já não faço. Ou, às vezes, até aquela semana eu fico deprimida e já não quero nada, eu só quero ficar deitada. Já aconteceu de eu nem ir trabalhar. Entendeu? Até faltar, nem justificar a falta, não querer ir e não ir!

T – Parece que é uma coisa que te toma como um abandono. Uma desistência das coisas? É isso?

P – É uma desistência de tudo, de tudo! De não ir pra lugar nenhum, de reunião de filho, nada, nada, nada. Ficar ali e não conversar com ninguém, com ninguém.

T – Como se te derrubasse mesmo!

P – Isso derrubasse mesmo, bastante!

T – Como que é a tua relação, eu queria falar um pouco do seu trabalho. Como que é a sua relação com o seu trabalho? Estudo, se você ainda tem

projeto de estudar mais. Eu queria saber do trabalho e se tem algum projeto de estudo também.

P – Apesar de diminuir minhas dor de cabeça, eu notei que apesar de não ter minha dor de cabeça, eu sinto mais deprimida.

T – É?

P – É. Eu tenho mais depressão sabe? Fico mais em relação ao trabalho, tem vez que eu não converso com ninguém sabe? Mudei bastante. Até minhas colegas falaram, reclamaram que eu não era assim, você tá assim entendeu? Às vezes, eu queria até saber por que eu tive essa mudança: não ter a dor de cabeça e eu ficar assim. E hoje eu fiquei mais deprimida e, em relação ao serviço, é assim: tem dia que eu não tou a fim de conversar com ninguém, não quero ouvir ninguém, não quero falar nada... Mas projeto é assim: eu tenho projeto quando eu tô bem, quando eu não tô bem eu não tenho projeto. (risos)

T – Espera. Eu fiz duas perguntas e, então, vamos por partes. Quando você não está bem, você se sente deprimida, mas você gosta do seu trabalho, você se realiza profissionalmente ou não?

P – Eu adoro meu trabalho.

T – É?

P – Gosto muito e... às vezes, quando eu penso em estudar, fazer alguma coisa, mas eu gosto mesmo do que eu faço. Eu adoro o que eu faço.

T – E quando você está bem, que projetos você tem? Você falou: quando eu estou bem, eu até tenho.

P – Ah, eu tenho projetos. Eu gosto de estudar, mudar até de cargo... Sabe, uma coisa melhor! E apesar de eu gostar do que eu faço, aí eu penso

em estudar, fazer um curso pra futuramente quando eu não tiver mais lá, eu tenho uma opção. Não que eu não goste do que eu faço.

T – Entendo. E você tem se organizado para fazer isso? Você tem idéia do que você quer fazer, está se organizando para isso, ou fica só em termos de pensamento?

P – Pra ser sincera, não consigo organizar. (fala um pouco sem graça)

T – Não?

P – Fica só no meu pensamento.

T – Sei. E você falou que tem ficado mais deprimida, você não tem nem idéia do que possa estar te causando isso?

P – Não. É uma tristeza assim, e aquilo ali vai tomando conta, tomando conta, aí... sem nada, sem motivo. Aí, eu começo a ficar aflita, começo a lembrar tudo do passado, aí, começa a trazer coisas negativas, trazendo...

T – Aí piora?

P – Aí piora.

T – Você faz o que?

P – Sou camareira.

T – Nesse momento que piora você faz o que para lidar com isso?

P – (risos) Nada.

T – Espera acabar?

P – Espero acabar. Até que eu fico até sem forças de agir.

T – Não precisa ter dor. Parece que você tem essa coisa assim, sem força, como você está falando quando você fica com dor também dá uma isolada. É isso?

P – Isso.

T – Dá para pensar que é semelhante?

P – Dá.

T – Agora é só uma coisa que está me ocorrendo: talvez não venha como dor, agora, venha mais em termos de pensamentos. Então, fica triste, porque alguma coisa não está sendo realizada, ou porque alguma coisa te chateou e, às vezes, não sabe o quê. Mas não vem mais em forma de dor não é? Vem em forma de sentimento.

P – É isso mesmo!

T – Ainda não é o ideal para você viver, mas dá para a gente entender que houve uma evolução. Você consegue entender isso ou não faz sentido o que eu estou lhe dizendo?

P – Apesar de eu não sentir a dor, eu fico isso. Eu acho que eu piorei! Eu tenho a impressão que eu piorei porque parece que antes eu sentia dor e eu tomava remédio, e, agora, eu não consigo, agora, não tem remédio.

T – Agora não tem remédio para passar?

P – Não tem remédio.

T – Talvez, o remédio vá ser: cada experiência que você viver, que você puder refletir, e ir superando obstáculos. Talvez esse seja o remédio.

P – Entendi.

T – Em longo prazo, e penso até de buscar uma ajuda, que seja psicológica. É importante que você cuide disso então. Você está se deparando e tem ficado triste, tem algumas coisas que incomodam. Eu estou aproveitando a entrevista, não só para colher as informações, eu estou lhe falando o que é

que eu estou observando. Então, eu vejo que seria importante para você buscar esta ajuda para ampliar a sua condição e sair desse funcionamento. Entende?

P – Vamos falar assim: numa semana eu consigo ficar um dia e meio bem.

T – Realmente, você fica com a sensação que piorou, agora fica mais claro porque ficar sentindo isso realmente não é nada agradável.

P – Entre os meus filhos, as pessoas que convivem comigo que falam: aí você precisa fazer um tratamento, você está muito depressiva, está muito agressiva. Mas, às vezes, eu falo coisas que vem na hora e eu nem queria magoar aquela pessoa. Então, tô desse jeito de magoar as pessoas, aí, volto atrás e peço desculpas, mas ou, às vezes, nem consigo enxergar o que eu fiz.

T – A hora que eu terminar a entrevista vou fazer um encaminhamento para você, ok?

P – Hum, hum.

T – Eu gostaria de saber, você já me falou, na outra entrevista, do seu relacionamento conjugal que sempre foi conflituoso e você se separou. Atualmente, você tem alguém, você encontrou alguém? Como está sendo a sua vida sentimental?

P – Eu encontrei alguém. Estou com uma pessoa faz 6 meses e... tá bem. Ele tá me ajudando muito, muito mesmo. Ele tá sendo pra mim meu braço direito. Está me ajudando muito.

T – É?

P – Ele fala pra mim procurar ajuda, que eu sou nova, que eu não posso deixar assim, senão eu vou cair numa cama e depois não levanto mais.

T – E ele se dá bem com seus filhos? Você tem uma ajuda dele também nesse sentido?

P – Bastante, muito mesmo. Nem esperava tanto!

T – Vocês estão morando juntos? É só um namorado, como que está isso?

P – Nós estamos morando juntos. Faz 2 meses que a gente tá juntos.

T – É por isso, então, porque no dia que nós fizemos a 1ª entrevista, você não estava com ele. Agora vocês estão morando juntos.

P – Agora estamos morando juntos.

T – E os seus filhos estão com vocês, porque você me falou que eles passavam a semana na sua mãe e depois voltavam. Eles estão com vocês já? Como que está?

P – Não, continua do mesmo jeito. Na 6ª feira, eles vão pra casa. Agora que eles estão de férias, eles estão ficando lá. Mas, continua desse jeito, porque como nem os avôs deixam tirar eles porque tão acostumados com eles, então, fica meio complicado.

T – E o seu relacionamento com seus filhos, você falou que sempre foi bom, mas atualmente eu gostaria de saber como que está?

P – Oh, sempre foi bom, tá bom, mas eles tão reclamando de mim por causa desse jeito meu que eu tenho uma filha de 12 que já sabe né, uma de 11 e meu menino que faz 8 anos. Então, ele fica: ah mãe você é tão brava com a

gente, a gente fala uma coisinha e você já vem gritando, entendeu? Então, eles estão reclamando demais de mim.

T – Eles estão aprendendo a se manifestar mais, não é? Vai adquirindo mais condições para isso.

P – Isso mesmo.

T – E você tem procurado num momento desses, assim, numa hora que já passou esse período que você está um pouquinho melhor, rever, falar com eles ou acaba ficando?

P – Acaba ficando.

T – Depois, eu vou te falar disso também. Queria saber agora M., que significado que você dá para sua cabeça? Estou perguntando se você considera a sua cabeça mais importante que outros órgãos do seu corpo ou se não?

P – Não.

T – Tem alguma preocupação em especial com algum outro órgão ou é igual para todos?

P – Igual pra todos.

T – E para a gente encerrar como na primeira entrevista, uma pergunta aberta, alguma coisa a mais que você acha importante falar sobre você. Tem alguma coisa que você queira acrescentar?

P – Ah, eu me preocupo só com esse mal estar, essas coisas que vêm acontecendo porque eu não queria continuar com essas coisas, nervosa desse jeito, os menino reclamando. Eu queria assim, procurar ajuda pra essa mudança porque eu não era assim.

T – Uma preocupação, então, com a sua saúde mental?

P – É.

T – Algo mais?

P – Não.

T – Obrigada.

OBS: Esta paciente foi orientada sobre como lidar com os filhos e encaminhada para psicoterapia, bem como a importância da mesma.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Este estudo possibilita concluir que:

1. Há indicadores de sobrecarga emocional em pacientes que sofrem de cefaléia crônica diária;
2. O sofrimento psíquico está diretamente relacionado ao significado de adoecimento atribuído pelos portadores de CCD;
3. Nervosismo, preocupação e tensão foram os aspectos mais evidenciados por portadores de CCD relativos a suas dores;
4. Tentativas de auto-cura, diferentes tipos de dor e interferência dos fatores emocionais foram os motivos que mais se relacionaram com a CCD;
5. Ter um protocolo de avaliação diagnóstica bem detalhada demonstrou-se necessário;
6. Quando a doença afeta a atuação profissional o impacto que provoca na família é grande e se for considerado o número de pessoas afetadas, refletirá na sociedade e economia como um todo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ávila LA. Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica. São Paulo: Escuta; 2002.
2. Volich RM. Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
3. Mello Filho J. Introdução In: Mello Filho J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 19-27.
4. Peres RS. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicol Clín* 2006; 18(1):165-77.
5. Casetto SJ. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psychê* 2006 jan/jun.; 10(17):121-42.
6. Silva, MEL Pensar em psicanálise In: Silva, MEL, coordenador. *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papyrus; 1993. p. 11-25.
7. Winnicott DW. A mente e sua relação com o psicossoma (1949). In: Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 332-46.

8. Winnicott DW. Transtorno psicossomático (1964). In: Winnicott C, Shepherd R, Davis M, organizadores. Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 82-93.
9. Marty P. Prefácio In: Debray, RO. Equilíbrio psicossomático e um estudo sobre diabéticos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1995. p. ix-xvi.
10. Glina DMR, Rocha LE. Prevenção para a saúde mental no trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadores. Saúde mental no trabalho: desafios e soluções. São Paulo: Editora VK; 2000. p. 53-82.
11. Rodrigues AL, Gasparini ACLF. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. In: Mello Filho J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 93-107.
12. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ. Introdução à psicologia. 11ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
13. Wolf S. In memoriam – Harold G. Wolff, M.D. Psychosom Med 1962.
14. Eksterman A. Medicina psicossomática no Brasil In: Mello Filho J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 28-34.
15. Bombana JA. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. J Bras Psiquiatr 2006; 55(4):308-12.
16. Grunspun H. Crianças e adolescentes com transtornos psicológicos e do desenvolvimento. São Paulo: Atheneu; 1999.

17. Krymchantowski, AV; Moreira Filho, PF. Cefaléia crônica diária primária: apresentação clínica. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(2-B):437-51.
18. Raffaelli Jr E. O que você deve saber sobre cefaléia. São Paulo: Poolprint Editora Gráfica; 1992. [Promoção da Saúde da Escola Paulista de Medicina].
19. Bacheschi LA; Fortini I. Cefaléia. In: Nitrini R; Bacheschi LA A neurologia que todo medico deve saber. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 283-96.
20. Rasmussen, BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 2001; 21(7):774-7.
21. Oliveira MF, Speciali JG. Cefaléia crônica diária: conceitos e tratamentos. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2002 out / dez.; 35(4):455-63.
22. Bigal ME, Sheftell FD, Rapoport AM, Lipton RB, Tepper SJ. Chronic daily headache in a tertiary care population: correlation between the International Headache Society diagnostic criteria and proposed revisions of criteria for chronic daily headache. *Cephalalgia* 2002; 22(6):432–8.
23. Krymchantowski, AV. Avaliação clínica e tratamento das cefaléias crônicas diárias primárias. *Rev Bras Neurol* 1999; 35(1/2):15-7.
24. Krymchantowski, AV. Cefaléia. *RVB Rev Bras Med* 2001; 58(n. esp.): 59-79.

25. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl. 1):S9-S160.
26. Galego JC. Cefaléia crônica diária: classificação, estresse e impacto na Qualidade de Vida [Tese]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2006.
27. Galego JC, Cipullo JP, Cordeiro JA, Tognola WA. Depression and migraine. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(3-B):774-7.
28. Yeng LT, Teixeira MJ. Tratamento multidisciplinar dos doentes com dor crônica. *Prát Hosp* 2004 set/out.; 35(6):21-4.
29. Maciel MGS. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. *Prát Hosp* 2004 set/out.; 35(6). [citado 2007 mar 05]. Disponível em: URL: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2005-35.html>
30. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache* 2006 Oct.; 46(9):1327-33.
31. Griffith JL, Razavi M. Pharmacological management of mood and anxiety disorders in headache patients. *Headache* 2006 Oct.; 46 Suppl 3:S133-41.
32. Heckman BD, Holroyd KA. Tension-type headache and psychiatric comorbidity. *Curr Pain Headache Rep* 2006 Dec.; 10(6):439-47.

33. Bigal ME, Sheftell FD, Rapoport AM, Tepper SJ, Weeks R, Baskin SM. MMPI personality profiles in patients with primary chronic daily headache: a case-control study. *Neurol Sci.* 2003 Oct.; 24(3):103-10.
34. Ierusalimschy R, Moreira Filho PF. Fatores desencadeantes de crises de migrânea em pacientes com migrânea sem aura. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(3-A):609-13.
35. Wacogne C, Lacoste JP, Guillibert E, Hugues FC, Le Jeune C. Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia* 2003; 23(6):451-5.
36. Spierings EL, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. *Headache* 2001; 41(6): 554-8.
37. McEwen BS. Stressed or stressed out: what is the difference? *J Psychiatry Neurosci* 2005 Sep.; 30(5):315-8.
38. McEwen BS. Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1032:1-7.
39. Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
40. Ávila LA. *O eu e o corpo.* São Paulo: Escuta; 2004.

-
41. Matta APC, Moreira Filho PF. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(4):991-4.
 42. Baskin SM, Lipchik GL, Smitherman TA. Mood and anxiety disorders in chronic headache. *Headache* 2006 Oct.; 46 Suppl 3:S76-87.
 43. Lake AE 3rd, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications and research relevance. *Headache* 2005 May; 45(5):493-506.
 44. Nicholson RA, Houle TT, Rhudy JL, Norton PJ. Psychological risk factors in headache. *Headache* 2007 Mar.; 47(3):413-26.
 45. Shulman BH. Psychiatric aspects of headache. *Med Clin North Am* 1991 May.; 75(3):707-15.
 46. Silva WF, Costa J, Guimarães AWM, Wanderley AL. Cefaléia crônica diária: a propósito de 13 casos. *Neurobiologia* 1999 jan/dez.; 62(1):43-6.
 47. Peres MFP. Cefaléia crônica diária: a importância da prolactina, cortisol, GH e melatonina. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
 48. Kaup AO. Avaliação da memória e atenção na enxaqueca transformada [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.
 49. Moreno DH. Cronificação e recorrência In: Moreno DH, Bernik M, Mattos P, Cordás TA. *Recuperação em depressão*. São Paulo: Editora Livre; 2003. p. 53-62.

50. Moreno DH. Diagnóstico e quadro clínico da depressão In: Moreno DH, Bernik M, Mattos P, Cordás TA. Recuperação em depressão. São Paulo: Editora Livre; 2003. p. 13-28.
51. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo) 2005; 32(3):149-59.
52. Mattos P. Depressão e doença clínica In: Moreno DH, Bernik M, Mattos P, Cordás TA. Recuperação em depressão. São Paulo: Editora Livre; 2003. p. 63-71.
53. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
54. Bleichmar H. Depressão: um estudo psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
55. Flaherty JA, Davis JM, Janicak PG. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
56. Mattos P. Impacto social e econômico da depressão In: Moreno DH, Bernik M, Mattos P, Cordás TA. Recuperação em depressão. São Paulo: Editora Livre; 2003. p. 29-40.
57. Codás TA, Salzano FT. Comorbidade em depressão In: Moreno DH, Bernik M, Mattos P, Cordás TA. Recuperação em depressão. São Paulo: Editora Livre; 2003. p. 73-88.

58. Fontana AM, Fontana MCPS. Transtornos do humor In: Fontana AM. Manual de clínica em psiquiatria. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 295-316.
59. Freud S. Luto e Melancolia (1917). Rio de Janeiro: Imago; 1980. [Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 14. Edição Standard Brasileira].
60. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
61. Psicanálise Freudiana. Fundamentos Freud: segunda teoria do aparelho psíquico. 2007. [citado 2007 abr. 09]. Disponível em: URL: <http://fundamentosfreud.vilabol.uol.com.br/>
62. Lucas R. Managing depression: analytic, antidepressants or both? R. Psiquiatr Rio Gd Sul 2003 mai/ago.; 25(2):274-82.
63. Karwautz A, Wöber-Bingöl C, Nöber C. Freud and migraine: the beginning of a psychodynamically oriented view of headache a hundred years ago. Cephalalgia 1996; 16(1):22-6.
64. Chiozza LA. Cefaléias vasculares e acidentes cerebrovasculares In: Chiozza LA. Os afetos ocultos em: psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997. p.175-222.

65. Abbate-Daga G, Fassino S, Lo Giudice R, Rainero I, Gramaglia C, Marech L, et al. Anger, depression and personality dimensions in patients with migraine without aura. *Psychother Psychosom* 2007; 76(2):122-8.
66. Rains JC, Poceta JS. Headache and sleep disorders: review and clinical implications for headache management. *Headache* 2006 Oct.; 46(9): 1344-63.
67. Corchs F, Mercante JPP, Guendler VZ, Vieira DS, Masruha MR, Moreira FR, et al. Phobias, other psychiatric comorbidities and chronic migraine. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; 64(4):950-3.
68. Hung CL, Wang SJ, Hsu KH, Juang YY, Liu CY. Risk factors associated with migraine or chronic daily headache in out-patients with major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2005 Apr.; 111(4):310-5.
69. Serrano-Dueñas M. Cefalea tipo tensional crónica y depresión. *Rev Neurol* 2000 May; 30(9):822-6.
70. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1994.
71. Bruns MAT. A redução fenomenológica em Husserl e a possibilidade de superar impasses na dicotomia subjetividade–objetividade. In: Bruns MAT, Holanda AF, organizadores. *Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas*. São Paulo: Ômega; 2001. p. 57-66.

72. Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1995.
73. Spiegel MR. Estatística. São Paulo: Makron Books; 1993. [Coleção Schaum].
74. Vieira S. Bioestatística: tópicos avançados. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
75. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. São Paulo: Saraiva; 2002.
76. Kreisler L. A nova criança da desordem psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
77. Miziara L, Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Cefaléia menstrual. Arq Neuropsiquiatr 2003; 61(3A):596-600.
78. Pahim LS, Menezes AMB; Lima R. Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. Rev Saúde Pública 2006; 40(4):692-8.
79. Grazzi L, Usai S, Bussone G. Chronic headaches: pharmacological and non-pharmacological treatment. Neurol Sci 2006 May.; 27 Suppl 2:S174-8.
80. Ferrari A, Leone S, Vergoni AV, Bertolini A, Sances G, Coccia CP, et al. Similarities and differences between chronic migraine and episodic migraine. Headache 2007 Jan.; 47(1):65-72.

81. Galego JCB, Cipullo JP, Cordeiro JA, Tognola WA. Clinical features of episodic migraine and transformed migraine: a comparative study. *Arq Neuropsiquiatr* 2002;60(4):912-16.
82. Peres MF, Mercante JP, Guendler VZ, Corchs F, Bemik MA, Zukerman E, et al. Cephalalgiphobia: a possible specific phobia of illness. *J Headache Pain* 2007 Feb.;8(1):56-9.
83. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007 May.;369(9565):946-55.
84. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(5):538-42.
85. Perestrello D. *A Medicina da Pessoa*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1996.
86. Zimerman DE. A formação psicológica do médico In: Mello Filho J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 64-9.
87. Eksterman A. *Psicossomática: o diálogo entre a psicanálise e a medicina*. In: Mello Filho J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 77-88.
88. Freud S. *A Dinâmica da Transferência* (1912). Rio de Janeiro: Imago; 1980. [Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 12. Edição Standard Brasileira].

89. Saper JR, Lake AE 3rd. Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. *Headache* 2002 Jul./Aug.;42(7):663-74.
90. Camargo Jr KR. Algumas considerações sobre a relação doença-sociedade em psicologia médica. In: Mello Filho J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 89-92.
91. Moreno JR. A teoria moderna da dor e suas conseqüências práticas. *Prát Hosp* 2004 set./out.;35(6). [citado 2006 dez. 12]. Disponível em: URL: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2003-35.html>
92. Marty P, M'Uzan M. O pensamento operatório. *Rev Bras Psicanál* 1994; 28(1):165-74.
93. Mello Filho J. *Concepção psicossomática: visão atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
94. Sifneos PE, Nemiah JC, Freyberger H. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In: Hill OW editor. *Modern trends in psychosomatic medicine*. Boston: Butterworth; 1976.
95. Wise TN, Mann LS, Jani N, Jani S. Illness beliefs and alexithymia in headache patients. *Headache* 1994 Jun.;34(6):362-5.

96. Queiroz A. A psicossomática na prática médica: o médico diante do paciente crônico e da morte. 2007. [citado 2007 jul 12]. Disponível em: URL: http://psy.med.br/textos/medico_paciente/pratica_medica.pdf
97. Biondi M, Portuesi G. Tension-type headache: psychosomatic clinical assessment and treatment. *Psychother Psychosom* 1994;61(1-2):41-64.
98. Martin PR, Theunissen C. The role of life event stress, coping and social support in chronic headaches. *Headache* 1993 Jun.;33(6):301-6.
99. Maizels M, Smitherman TA, Penzien DB. A review of screening tools for psychiatric comorbidity in headache patients. *Headache* 2006 Oct.;46 Suppl 3:S98-109.
100. Lobato O. O problema da dor. In: Mello Filho J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 165-78.
101. Rothrock J, Lopez I, Zweilfer R, Andress-Rothrock D, Drinkard R, Walters N. Borderline personality disorder and migraine. *Headache* 2007 Jan.;47(1):22-6.
102. Lake AE 3rd. Medication overuse headache: biobehavioral issues and solutions. *Headache* 2006 Oct.;46 Suppl 3:S88-97.
103. Yücel B, Kora K, Özyalçın S, Alçalar N, Özdemir Ö, Yücel A. Depression, automatic thoughts, alexithymia and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache* 2002;42:194-9.

104. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000 Mar.;45(2):134-42.

105. Hansen JS, Bendtsen L, Jensen R. Predictors of treatment outcome in headache patients with the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III). *J Headache Pain* 2007 Feb.;8(1):28-34.

8. APÊNDICES

APÊNDICE 1

FOLHA DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA PARA PESQUISA

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ D.N. ____/____/____
 Sexo: _____ Estado Civil: _____ Escolaridade: _____
 Ocupação: _____ RG: _____
 Cidade: _____
 Composição Familiar (com quem reside): _____

NOME	º PARENTESCO	IDADE	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO

II- HISTÓRIA DA DOENÇA

- 1) O que significa para você ter cefaléia crônica diária? O que é para você ficar doente?
- 2) O(a) senhor(a) costuma relacionar sua dor com o que? O que o(a) senhor(a) acha que provoca uma crise?
- 3) Qual é a história da sua dor? Como ela surge, como se desenvolve e como termina?
- 4) Houve mudança nesse ritmo ao longo dos anos? Quais as conseqüências acarretadas com o desenvolvimento da dor?
- 5) Há quanto tempo o(a) senhor(a) sofre de dores de cabeça? E há quanto tempo está em tratamento neste Ambulatório de Cefaléias?
- 6) Quando adoeceu, quais fatos importantes na sua vida estavam ocorrendo?
- 7) No contexto de sua família, como é vista sua doença?
- 8) Houve mudanças na vida familiar em decorrência das dores?
- 9) Antes de procurar o médico, chegou a fazer tentativas de cura? O que?
- 10) O que mais o(a) senhor(a) gostaria de acrescentar?

III- SOBRE A VIDA PESSOAL

- 1) Que consideração o(a) senhor(a) faz da sua vida, do seu passado até o presente?
- 2) Quais são seus projetos de vida?
- 3) Como a doença o afeta em relação aos seus projetos de vida?
- 4) Como se relaciona com a sua produtividade (trabalho e/ou estudos)?
- 5) Como é sua vida conjugal?
- 6) Como é sua relação com a família?
- 7) Qual é o significado que o(a) senhor(a) atribui a sua cabeça?
- 8) Existe algo mais que considere importante comentar?

APÊNDICE 2

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – FAMERP DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA:

Indicadores de sobrecarga emocional em pacientes portadores de Cefaléia Crônica Diária

Estou estudando pacientes que sofrem de dor de cabeça de aparecimento diário ou quase diário. É importante conhecermos tudo o que envolve portadores desse tipo de dor com a finalidade de melhorar o tratamento oferecido.

Precisamos também saber, qual é a sobrecarga emocional e o impacto na vida de portadores de Cefaléia Crônica Diária com suas necessidades e respostas. Para isso precisamos saber se existem possíveis motivos psicológicos que provocam a sua dor e o que lhe provoca emocionalmente e na sua vida social.

Solicitamos duas entrevistas de 50 minutos de duração cada uma, sendo que a primeira acontecerá no mesmo dia da sua consulta de retorno no Ambulatório de Cefaléias e a segunda após 15 dias com agendamento prévio. Serão perguntas formuladas especialmente para esta pesquisa e consta de três partes. A primeira com dados de identificação, a segunda com a história da doença e a terceira sobre sua vida pessoal.

Este estudo não oferecerá qualquer risco, pois se tratam de informações a respeito da dor de cabeça que você apresenta e a história envolvida neste contexto.

Trata-se de uma pesquisa na área da psicologia que está sendo por mim desenvolvida e será por mim aplicada. Esclareço que nossas entrevistas serão gravadas para que eu possa utilizar as informações de modo mais próximo possível da sua realidade. Apenas eu irei ouvir as gravações e assim que eu transcrever os dados para o papel, as gravações serão arquivadas por um período de 5 anos para então serem destruídas.

Todas as informações são utilizadas para esta pesquisa na área de psicologia e seu nome não será revelado na apresentação dos resultados.

Sua contribuição poderá beneficiar pessoas que sofrem da mesma maneira como você, identificando quais os principais aspectos psicológicos que pessoas com Cefaléia Crônica Diária têm, para podermos desenvolver tratamentos mais eficazes para este tipo de dificuldade.

Em caso de dúvida, é seu direito ter acesso a qualquer tipo de esclarecimento a respeito dos objetivos, métodos e conclusões da pesquisa. Caso você não se sinta confortável ou se recuse a participar da pesquisa, terá o direito e total liberdade de abandoná-la em qualquer momento do andamento. Esclareço ainda que a não concordância em participar deste estudo não irá interferir no andamento do seu tratamento no Ambulatório de Cefaléias.

Você concorda em participar? Gostaria de fazer alguma pergunta?

Eu _____,
R. G. _____ fui informado dos objetivos da pesquisa:
Indicadores de sobrecarga emocional em pacientes portadores de Cefaléia Crônica Diária. Declaro que recebi informações a respeito dos procedimentos e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. A psicóloga Cláudia Thomé Beletti certificou-me de que todas as informações fornecidas serão confidenciais, assim como o tratamento não será modificado se não concordar em participar da pesquisa. Terei também liberdade para retirar meu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo por isso.

Caso tenha mais alguma dúvida sobre esta autorização, poderei entrar em contato com a pesquisadora Cláudia Thomé Beletti pelo telefone: (17) 3201 5700, ramal 5840, no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura da pesquisadora
Cláudia Thomé Beletti

APÊNDICE 3

CATEGORIAS DE RESPOSTAS – 1ª ENTREVISTA: HISTÓRIA DA DOENÇA

- **O QUE SIGNIFICA FICAR DOENTE?**

1. Sofrimento Psíquico
 - Viver situações difíceis causa dor
 - Desesperança
 - Raiva
 - Frustração
 - Constrangimento
 - Impotência
 - Desânimo
 - Irritação
 - Ansiedade
 - Depressão
 - Nervoso
 - Preocupação
 - Prejuízo no raciocínio
 - Angústia
 - Necessidade de isolar-se
 - Piora o humor
2. Sofrimento Físico
 - Desconforto corporal
 - Dores na nuca
 - Dores nos olhos (incluindo claridade)
 - Relação com o ciclo menstrual
 - Vômitos ou Desconforto Gástrico (“estômago embrulhado”)
 - Sensação de “partir” a cabeça
 - Falta de disposição
 - Inchaço no rosto
 - Queda na pressão arterial
 - Latejar a cabeça
 - Olheiras
 - Incômodo com barulhos
3. Prejuízo no Trabalho
 - Não conseguir trabalhar
 - Queda no rendimento e qualidade do trabalho
4. Prejuízo Social
 - Não freqüentar festas
 - Dificuldade em ser compreendida e aceita socialmente
 - Atrapalha o convívio com as pessoas
5. Prejuízo nos cuidados da Vida Diária
 - Não usar óculos

- Não agüentar o perfume do sabonete ou cremes hidratantes
- Não dormir

6. Necessidade imediata de cuidados médicos
 - Procurar posto médico para medicação endovenosa
 - Procurar farmácias para medicação endovenosa
7. Outros

- **COM O QUE RELACIONA? O QUE PROVOCA?**

1. Não relaciona com nada
2. Nervosismo
3. Tensão
4. Preocupação
5. Ansiedade
6. Cheiros
7. Alimentação
8. Ciclo Menstrual
9. Queda na qualidade do sono
10. Irritar-se
11. Assustar-se
12. Outros

- **COMO SE DESENVOLVE A DOR?**

1. Sem causa aparente
 - Repentinamente
2. Desde que desperta
3. Provocado pelas emoções
 - Ficar nervoso
 - Exposição social
 - Preocupações
 - Ficar sozinha não melhora

- Medos
 - Necessidade de distrair-se
 - Ser maltratado
 - Não desabafar
 - Se incomodar com rebeldia do marido
4. Inconstante
- Cada crise se manifesta de um jeito
 - Dor surge e passa várias vezes
5. Tentativas de auto-cura
- Relação de dependência com analgésicos
 - Necessidade de injeção endovenosa
 - Ingerir analgésicos
 - Provocar vômitos
6. Diferentes tipos de dor
- Dores na nuca
 - Dor em cima dos olhos
 - Dores na fonte
 - Dor gradual
 - Cabeça pesada
 - Latejar a cabeça
 - Ver “estrelas” (com aura)
7. Provocado por esforços físicos
- Correr
 - Levantar Depressa
 - Abaixar
 - Exposição ao sol
 - Exposição a excesso de luz
8. Ligado a mudanças ou procedimentos médicos
- Próximo ou durante o ciclo menstrual
 - Histerectomia
 - Exposição a cheiros
 - Ingerir determinados alimentos
 - Alguns alimentos desencadeiam dor de cabeça
 - Laqueadura
9. Sintomas corporais
- Perda dos sentidos
 - Vômitos
 - Desconforto gástrico (“embrulhar o estômago”)
 - Agulhadas na cabeça
 - Perda da vista
 - Elevação da Pressão Arterial
 - Adormecer a boca

- Latejar a cabeça de um lado
- Necessidade de dormir
- Necessidade de cuidados médicos

10. Outros

• **CONSEQUÊNCIAS**

1. Interromper atividades
 - Dormir
 - Deitar
 - Tomar banho
 - Voltar de uma festa
 - Não conseguir levantar-se
 - Ficar no escuro
2. Manifestações corporais
 - Mal estar
 - Aumento na intensidade
 - Dores são constantes
 - Não conseguir dormir
 - Dor forte passa, mas fica incômoda por uma semana
3. Manifestações emocionais
 - Entrar em pânico
 - Medo de doença grave
 - Não concluir projetos ou objetivos simples nos vínculos
 - Perder a agilidade e autoconfiança
 - Tentar acalmar-se
 - Isolar-se
 - Rezar
 - Ficar “aérea”
4. Ligadas ao tratamento de forma positiva
 - Melhora com medicação indicada
 - Não tem sentido dores
5. Ligadas ao tratamento de forma negativa
 - Analgésicos não resolvem
 - Há fracasso no tratamento médico
6. Prejuízos profissionais
 - Perder dia de trabalho e ficar sem receber
 - Queda no rendimento profissional
7. Não interromper as atividades
 - Continuar trabalhando
 - Sair ao encontro das amigas
8. Outros

• **FATOS IMPORTANTES**

1. Não referido
2. Não relacionado com nada específico
3. Restrições nos vínculos com pais
 - Infância vivida longe dos pais
 - Adolescência bem restringida pelos pais
 - Conflitos com o pai
 - Brigas dos pais
 - Separação dos pais
 - Se separar da mãe durante a infância / adolescência
 - Não aceitação de gravidez (pelo pai)
 - Perda da mãe e assumir a responsabilidade dos irmãos menores
 - Apanhar e sentir medo do pai
4. Restrições no vínculo conjugal
 - Brigas conjugais
 - Sofrer agressões físicas (bater a cabeça)
 - Traição
 - Alcoolismo do marido
 - Esposo rejeitar o filho
 - Casar-se com homem “ruim”
 - Separar-se do marido e voltar
5. Dificuldades no âmbito familiar
 - Aumento de preocupações com a família
 - Perda de filho recém nascido
 - Adoção não programada de uma criança
 - 2ª gravidez durante o tratamento de depressão
 - Viver longe da família
 - Filho ser expulso de casa pelo pai em função da sexualidade
 - Mudança da família de cidade
 - Vida sempre instável
 - Familiares exigiam que trabalhasse muito jovem
 - Preocupação com a 3ª gravidez
 - Falecimento do irmão
 - Não ter paciência com os filhos
6. Dificuldades profissionais
 - Acúmulo de responsabilidades (pode incluir a acadêmica)
 - Aumento de tensão
 - Aumento de ansiedade
 - Medo de desemprego
 - Trabalho na infância

} agravando os
} sintomas de dor de cabeça
7. Ligado à condição médica
 - Pré-eclâmpsia
 - Laqueadura

8. Fator hereditário
 - Atribuir ao fator da hereditariedade
9. Fatores emocionais
 - Acúmulo de preocupações
 - Nervoso
 - Ser muito pensativa
 - “Desenvolveu” depressão
 - Pensava muito na separação e reconciliação
 - Sentir-se muito triste
10. Outros

- **CONTEXTO FAMILIAR**

1. Avaliação negativa da doença por familiares
 - Não tem apoio familiar
 - Acham que é “manha”, “frescura” ou “pretexto”
 - Não acreditam na dor
 - Ninguém entende
 - Ouvir apenas críticas
 - Sentir-se sozinha
2. Avaliação positiva da doença por familiares
 - Todos entendem
 - Família percebe quando está com dores
 - Relacionamento com o pai é bom
 - Compreensão do esposo
 - Família reconhece necessidade de deitar
 - Família fica com dó
 - Filhos se preocupam
 - Tentam poupa-la
 - Mãe se preocupa
3. Dificuldades gerais de relacionamento com pais / familiares
 - Mãe preocupada
 - Mãe dá múltiplas hipóteses para os sintomas
 - Contato restrito com irmãos
 - Relacionamento conflituoso com mãe ou pai
 - Mãe não se manifesta
 - Família avalia como pessoa doente
 - Ênfase na doença
 - Apenas os filhos cuidam
 - Família desestruturada
 - Pai alcoólatra
 - Irmãs acham que é problema de cabeça

4. Dificuldades conjugais
 - Dores afetam relacionamento conjugal
 - Marido é percebido como depositário das situações positivas e negativas
 - Conflito com 1º esposo
5. Dificuldades com filhos
 - Não administrar brigas dos filhos
 - Dificuldades em exercer a maternagem
6. Reações apresentadas
 - Nervosismo
 - Choro
 - Agressividade
 - Tendência ao isolamento
 - Sentimento de solidão
7. Divisão nas opiniões dos familiares
 - Apenas os filhos entendem
 - Apenas a mãe entende
 - Apenas uma filha entende
 - Mãe, avó e esposo pensam em motivos diferentes
8. Outras

• **MUDANÇAS FAMILIARES EM DECORRÊNCIA DAS DORES**

1. Não houve mudanças
2. Interferência na vida dos filhos
3. Adaptações da família
 - Horários
 - Ritmos
 - Funções
 - Falarem mais baixo
 - Fazem o serviço de casa
 - Assumirem mais responsabilidade
4. Dificuldades conjugais
 - Descargas agressivas no marido e na filha
5. Acolhimentos recebidos
 - Dos filhos
 - Do esposo
 - Da mãe
6. Outros

- **TENTATIVAS DE CURA**

1. Nenhuma
2. Tratamentos médicos (para a dor de cabeça)
 - Clínico geral
 - Neurologistas
3. Investigações médicas de outras doenças
 - Gastroenterologista
 - Otorrinolaringologista
 - Oftalmologista
 - Realização de vários exames diagnósticos
4. Busca de Ajuda Psiquiátrica ou Psicológica
5. Auto-medicação
 - Tomar analgésicos
 - Tomar injeções na farmácia
6. Dormir
 - Esperar a dor passar dormindo
7. Receitas caseiras ou populares
 - Tomar chás
 - Fazer simpatias
 - Tentativas com benzedores
 - Orações na igreja
8. Outros

- **ACRÉSCIMOS**

1. Nenhum
2. Reconhecimento das manifestações psíquicas
 - Não desabafar é prejudicial
 - Dor vem do pânico em não conseguir lidar com a emoção
 - Dor vem da timidez
 - Dor vem por dificuldades em tomar decisões
 - Descontrole emocional
 - Dor vem de muito sofrimento na infância
 - Está aprendendo a lidar com a própria agitação
 - Nervoso causa tudo
 - Ficar no meio de pessoas provoca nervoso que provoca dor
 - Dor vem da preocupação
 - Acha-se muito nervoso

3. Fantasias a respeito da doença
 - Não pode ser normal
 - Medo de “macumba”
 - Medo de problema grave
 - Medo de perder a memória
 - Medo de enlouquecer
 - Medo de ter depressão
 - Idade é geradora de dor de cabeça
 - Não agüentar problemas sérios
 - Cabeça está “falida”
 - Dor é conseqüência de outras situações: desmaios, epilepsia
 - Bateu com a cabeça quando apanhou do ex-marido
4. Auto-avaliação
 - É auto-exigente
 - Memória ficou prejudicada
 - Se achar dengoso
 - Tomar muita medicação provoca depressão
 - Sentir-se dopada com muita medicação
 - Sinal de dor indica que precisa se acalmar
 - Não sabe por que tem dor
 - Aprendeu com os problemas
5. Limitações em conseqüência da doença
 - Tomar muita medicação
 - Dor é fator impeditivo de trabalhar
 - Ser carregada até a assistência médica
 - Tem necessidade de isolar-se
6. Avaliação sobre o tratamento
 - Ter benefícios com o tratamento
 - Ter 2 tipos de dores
7. Outros

• **HIPÓTESE PESSOAL OU “INSIGHT”**

1. Não tem
2. Fatores psíquicos provocam dor
 - Preocupação provoca dor
 - “Nervoso” provoca dor
 - Pressão profissional provoca dor
 - Pressão profissional provoca angústia, que provoca nervosismo que provoca dor
 - Distanciamento da família provoca dor
 - Sofrimento psíquico provoca dor
 - Esquecer os problemas faz dor passar

- Estar mais alegre e com menos problemas, evita ter crises de dor
 - Reconhecimento de que é muito “fechado”
 - Falar mais diminui as dores
 - História da vida é causadora das dores de cabeça
 - Não ser compreendido, ser desrespeitado, provoca nervoso que provoca dor
 - Ser contrariada provoca nervoso que provoca dor
 - Muita “carga” para sua cabeça
3. Consideração sobre a etiologia da doença
- Dor gerada por estresse
 - Dor vem do cansaço
 - Presença de problema neurológico
 - Depressão
 - Hereditário
4. Outros

APÊNDICE 4 CATEGORIAS DE RESPOSTAS – 2ª ENTREVISTA: SOBRE A VIDA PESSOAL

- **QUE CONSIDERAÇÃO FAZ DO PASSADO ATÉ O PRESENTE?**
 1. Referência positiva aos vínculos familiares (pais e filhos)
 - Bom convívio com os pais
 - Vivia bem com pai e avó
 2. Referência negativa sobre os vínculos familiares (pais e filhos)
 - Passado com muitas restrições impostas pelo pai
 - Perder os pais e ser criada pelos avós
 - Somente más recordações
 - Não quer lembrar do passado
 - Ter que ser corajosa
 - Não receber atenção e carinho
 - Sentir-se isolado
 - Ser desvalorizado
 - Ter vivido muita luta e sofrimento
 - Viveu muita tristeza, mágoa e sofrimento
 - Passou muita necessidade
 - Não viveu a infância direito
 - Sentiu-se sozinha, desamparada
 - Alcoolismo e agressões do pai
 - Imposição do pai para praticar aborto
 3. Restrições ao vínculo conjugal
 - Não receber atenção do esposo
 - Alcoolismo do esposo impediu progressos familiares
 - Dificuldades de adaptação na vida de casada
 - Separada
 - Casou-se sem amor
 - Apanhava do marido
 - Não querer pensar no passado
 - Traição do marido
 - Separar-se duas vezes
 4. Avaliação geral sobre si
 - Sentir-se doente com esquecimentos
 - Educar os filhos de maneira diferente do que foi educada
 - Não desviar dos objetivos
 - Sentir medo de surpresas
 - Ser “explosiva”
 - Ficar mal humorada devido às dores
 - Sentir-se deprimido
 - Sentir-se enfraquecida (era mais “forte”)
 - Ter que trabalhar sempre
 - Ter mais paciência

- Ouvir mais
- Ter de aprender lidar com as situações
- Estar em fase difícil
- Sentir que ainda não se encontrou
- Sentir-se crescendo
- Sentir-se esforçada e vitoriosa
- Sentir-se com muitos conflitos
- Não faz muitos projetos
- Cresceu na vida
- Emocionalmente está mais fortalecido
- Foi impedida de estudar
- Era irresponsável e amadureceu
- Lamenta a perda do pai
- Não tem mais preocupações
- Aprendeu muito com a vida e tem mais para aprender
- Questiona o porquê vive as coisas de determinada maneira
- Aumentaram as preocupações com o casamento
- É organizado e planeja tudo
- Teve sofrimento, mas aproveitou a juventude
- Não teve nada de bom
- Sempre encarou os problemas de forma “light”

5. Outros

- **QUAIS SÃO OS PROJETOS DE VIDA?**

1. Sem relação com projetos
2. Objetivos Profissionais
 - Esperança de trabalhar
 - Não depender das pessoas financeiramente
 - Ocupar o tempo trabalhando
 - Conseguir se estabelecer profissionalmente
 - Conseguir a casa própria
 - Trabalhar na área que gosta
 - Aumentar a casa
 - Conseguir ter a própria loja
 - Conseguir aposentar-se
 - Conseguir ser dançarina
 - Conseguir dar aulas
3. Objetivos ligados aos filhos
 - Estudar os filhos
 - Orientar os filhos
 - Exercer boa maternagem
 - Gerar um menino

4. Valorização do relacionamento conjugal
 - Acompanhar o marido no trabalho
 - Ter bom relacionamento com esposo
 - Desejo de casar e ser feliz
5. Valorização do estado geral de saúde
 - Não ter dores
 - Cuidar da saúde
 - Melhorar a qualidade de vida
6. Objetivos Acadêmicos
 - Desejo de estudar
 - Trabalho impediu de estudar
 - Quer fazer faculdade
7. Outros

• **COMO A DOENÇA AFETA OS PROJETOS?**

1. Não afeta
 - Acostumar com as dores
2. Relacionado à atuação profissional
 - Não conseguir trabalhar
 - Ficar sem receber
 - Não realizar atividades do lar
 - Ter que trabalhar com dor e manter o humor
 - Não apresentar rendimento na faculdade
 - Não ter vontade de fazer as coisas
 - Medo de arriscar profissionalmente
3. Ligado aos vínculos com familiares (filhos e cônjuges)
 - Deixar de investir nos filhos
 - Não exercer a maternagem como necessário
 - Necessidade de se isolar
4. Relacionado ao estado geral de saúde
 - Não ter mais dores é o projeto
 - Preocupar em ter definido um diagnóstico para as dores
 - Sentir-se sem energia (desanimado)
 - Ter medo de enlouquecer e não ter quem cuidar de si
5. Relacionado ao humor
 - Ficar nervoso
 - Tentativas de se acalmar
 - Ficar ansiosa
 - Sentir-se derrotada
 - Sentir-se frágil

- Tentar não abater-se com a dor
- Preocupar-se provoca dor
- Reconhecer que está nervosa faz doer mais ainda
- Com dor fica desanimada
- Desenvolveu medo de ter dor
- Fica deprimida e desiste de tudo
- Isolar-se

6. Outros

• **RELACIONAMENTO COM PRODUTIVIDADE**

1. Relação positiva com estudos
 - Gostar de estudar
 - Buscar novos conhecimentos
 - Ter certeza do que gosta
2. Relação positiva com o trabalho
 - Gostar do que faz
 - Trabalhar dentro das possibilidades acadêmicas
 - Se orgulhar do trabalho
 - Não ter conflitos no exercício profissional
 - Colaboração do patrão diminuindo as exigências
 - Ter disposição para todas as responsabilidades (em função do tratamento eficaz)
 - Descobrir positivamente nova atividade profissional
 - Sentir-se mais protegida e segura para trabalhar
 - Sentir esperança com trabalho realizado no lar
 - Ser reconhecida pelo trabalho realizado
 - Ter bons vínculos com colegas de trabalho
 - Buscar outro ramo de trabalho que tem mais interesse
 - Se não trabalhar, a cabeça dói
3. Relação negativa com o trabalho
 - Não agüentar trabalhar no sol
 - Não conseguir manter trabalho pesado
 - Não conseguir trabalhar em função do estado de saúde
 - Ser contrariada na forma de conduzir o trabalho (ter que agüentar - é funcionária)
 - Sintomas divididos entre dias em que está bem e com dor
 - Sentir o trabalho pesado
 - Desejar trabalhar fora de casa
 - Enfrentar de forma tensa (apreensão)
 - Não agüenta muito barulho
 - O dinheiro é muito pouco
4. Reações apresentadas
 - Sintomas depressivos

- Nervosismo
- Revolta por não conseguir trabalhar
- Auto-exigência em atender a todos os clientes
- Tentativas de distanciamento afetivo
- Vontade de largar tudo quando está com dor
- Sente-se angustiada quando está sozinha

5. Relação com status profissional

- Aposentado
- Desejo de produzir e não poder

6. Outros

• **COMO É A VIDA CONJUGAL?**

1. Restrições no vínculo

- Esposo “enjoado” (fala muito)
- Necessidade de melhorar a comunicação
- Conflituosa (dificuldades no vínculo)
- Casal separado
- Sentir-se sozinha
- Esposa é muito nervosa
- Não tem mais amor
- Dormir em quartos separados
- Diminuição no interesse sexual
- Esposo bebe muito
- Esposo é agressivo quando está nervoso

2. Adequações no vínculo (inclui namoro e noivado)

- Bom relacionamento
- Compreensão do marido
- Atualmente é ótimo (compartilhamento)
- Marido é companheiro
- Relacionamento com namorado é bom
- Noivo sempre apoiou
- Noivo ajudou no tratamento da depressão

3. Nenhum relacionamento estável

4. Outros

• **COMO É A VIDA FAMILIAR**

1. Avaliação negativa dos familiares (pais e filhos)

- Piorou o relacionamento com o pai
- Tendência a relações simbióticas
- Tentativas de interferência por parte do pai na vida pessoal

- Filhos acham que é “manha”
- Com muitas dores, vínculos ficaram prejudicados
- Agüentar calado as implicâncias das filhas
- Relacionamento restrito com os filhos gêmeos
- Relacionamento conflituoso com o filho
- Dificuldade em lidar com os filhos pequenos (fazem bagunça)
- Filhos reclamam porque tem brigado com eles
- Achar a filha autoritária
- Filha está dando trabalho na escola

2. Avaliação positiva dos familiares (pais e filhos)

- Estão sempre juntos
- Bom com todos os filhos
- Com mãe é bom
- Atualmente é bom
- Aprendeu a lidar com o funcionamento do pai
- Vive em harmonia com os filhos
- Respeita o pai

3. Atitudes frente aos familiares (pais e filhos)

- Tentativas de não magoar as pessoas
- Preservar os filhos do namorado
- Não ter muito tempo para convívio
- Dificuldades em expressar sentimentos
- Eventualmente briga com as filhas
- Manter diálogo com os filhos
- Preocupar-se em oferecer estabilidade financeira
- Criar os filhos de maneira diferente do que foi criada

4. Restrições no convívio familiar

- Morar muito longe dos pais
- Sentir falta do convívio com os pais
- Família se encontra uma vez por ano
- Contato com pais apenas por telefone
- Família se encontra apenas em feriados

5. Outras

• **SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À CABEÇA**

1. Considerar a parte mais importante

- Cabeça é motivo de tudo – tudo se concentra na cabeça
- Se a cabeça não estiver bem, os outros órgãos não estarão bem
- Ter que controlar a partir da cabeça
- Sofrimento maior que os outros órgãos
- Pensar muito antes de agir
- Tudo o que pensa reflete na vida

- Trabalha mais com a cabeça do que com o resto
 - Quando tem dores se preocupa
 - Dá maior valor à enxaqueca
 - Cabeça é a guia
2. Não considerar a parte mais importante
 - Todos os órgãos têm que estar bem
 3. Avaliação sobre o desempenho
 - Funciona bem
 - Atualmente está esquecida
 - Ter medo do significado da doença
 - Considerar como não ser normal
 - Ter mais consciência do problema
 - Ter dificuldades emocionais
 - Ter dificuldades de falar em público
 - Atualmente não dói mais
 - Melhorou da depressão
 - Preocupação em não piorar
 - Medo de perder a memória
 - Medo de perder a consciência
 4. Outros
- **ACRÉSCIMOS** (incluídos na pergunta específica ou disperso pelas outras perguntas)
 1. Nenhum
 2. Reconhecimento das manifestações psíquicas
 - Vida emocional muito sofrida
 - Raiva provoca dor
 - Dor é relacionada ao estresse
 - Pessoa nervosa tem mais propensão para ter mais dor
 - Ficar mais feliz melhora a cabeça
 - Dor prejudica emocionalmente
 - Preocupação afeta a cabeça
 - Não tem paz e isso provoca dor
 - Reconhecimento que sente medo
 3. Fantasias a respeito da doença
 - Tem pensamentos “bobos”
 - Questionamento sobre a postura médica
 - Medo de doença grave
 - Medo de morrer
 - Medo de invalidez

4. Auto-avaliação
 - Necessidade de receber mais carinho e atenção
 - Quer ser cuidada por todos os familiares
 - Sente-se sozinha
 - Filhos foram bem educados
 - Criticar a educação recebida
 - Valorizar a necessidade de educar os filhos
 - Dever proteger os filhos
 - Cuidar excessivamente dos familiares
 - Esforçar-se para não se envolver com problemas familiares
 - Questionamento sobre desempenho
 - Tentativas de menor exigência consigo mesma
 - Reconhecimento das limitações
 - Tentativas de ser mais dedicada com os compromissos
 - Não receber atenção devida
 - Necessidade de entender melhor sua patologia
 - Sentir-se feliz
 - Sentir-se vitoriosa
 - Sentir-se recompensada
 - Isolou-se
 - Só fica bem se os filhos estiverem bem
 - Não consegue relaxar
 - Não agüenta esperar
 - Não gosta de ser corrigido
 - Não é feliz
 - Preocupa-se com sua saúde mental
 - Não deixar problemas financeiros “atropelarem” sua vida
 - A fé lhe dá segurança
5. Limitações sócio-econômicas
 - Acesso ao centro médico é restrito por condições financeiras
 - Acesso restrito impede continuidade ao tratamento
6. Avaliação Positiva do Tratamento
 - Sente-se melhor
 - Expectativa de melhorar ainda mais
 - Melhorou a adesão ao tratamento
7. Tipos de Funcionamento psíquico (reconhecido pela pesquisadora)
 - Estabelecer vínculos simbióticos
 - Modelo do “tudo ou nada”
 - Modelo de TOC
 - Modelo histérico
 - Outros modelos interpretativos
8. Outros

APÊNDICE 5

DESCRIÇÃO DE CASO

SORAIA

Mulher de 37 anos de idade, com aparência de ser bem sofrida pela vida, separada, mãe de três filhos, diarista. Sente-se muito sozinha, principalmente porque sua mãe que era a única pessoa com quem se sentia amparada, tendo falecido há 1 mês daquela entrevista.

Tem uma condição sócio-econômica muito restrita e é a única responsável por sua família, tanto afetiva quanto financeiramente. Esta condição a coloca tensa o tempo todo, somado ao seu perfil de não gostar de se abrir com as pessoas, intensificando seu estado de tensão e perpetuação da dor de cabeça. Refere ter feito um teste consigo mesma em alguns momentos, onde pôde relaxar e esquecer um pouco suas preocupações com a cessação da dor.

Mostra-se muito vulnerável ao aumento de preocupações e sua necessidade de pedir ajuda em diferentes níveis, propiciando a desistência do tratamento neurológico. Tem restrições nos vínculos com irmãos favorecendo o distanciamento dos mesmos e a resistência em mostrar suas necessidades. Ainda assim, mantém um bom vínculo com os filhos e refere orientá-los justamente baseando-se na realidade que deseja que não se repita com eles.

Quanto às dores de cabeça, não faz uma associação clara com algum desencadeante. Questiona se não foi devido a um tombo que levou e bateu a cabeça. Porém uma situação é bem evidente, pois em determinado período de sua vida conjugal, refere muitas brigas com o ex-marido e um episódio onde levou “umas cacetadas” do marido na cabeça. As brigas eram freqüentes e desde então, as dores passaram a ser mais intensas. Chama de crises as suas dores, mas consegue apenas identificar que terá uma, pois sente cheiro de sangue podre e um adormecimento do peito para cima em direção à cabeça, e em seguida não se lembra de mais nada. Fica sob os cuidados da filha de 17 anos. Tem fantasias a respeito do que possa sofrer e nomeia de “mioma no cérebro”.

Seu relato sugere forte negação de sua agressividade, onipotência e problemas de auto-estima. Essas características contribuem para concentrar toda a tensão na sua cabeça, dificultando o alívio da dor.

APÊNDICE 6

DESCRIÇÃO DE CASO

MILTON

Homem de 64 anos, casado pela 2ª vez há 32 anos, 5 filhos do primeiro casamento e duas filhas do segundo. A filha mais nova do segundo casamento é mãe de um garoto de 6 anos e os dois moram com o sr Milton e a segunda esposa. Estudou até a 3ª série, trabalhou como administrador de fazenda e atualmente está aposentado. A atual esposa não tem estudos e esta condição é entendida por ele como fator responsável para que a esposa não compreenda suas necessidades e dificuldades. Acontecem muitos atritos neste sentido e no dia-a-dia acabam sendo desencadeantes de crises de dor.

Foi a partir de intoxicações com veneno que manipulava no trabalho que passou a ter dores de cabeça, mas posteriormente relaciona o “nervoso” como desencadeante de suas crises. Menciona ficar nervoso ao não sentir-se produtivo e não receber o apoio da família em relação a esta condição. Tem muito desejo de ser valorizado pela família e sentir-se produtivo.

Refere não ser compreendido pela família e impedido de contribuir nas decisões por ter idade mais avançada e ser aposentado. Tem muita dificuldade de se expressar afetivamente, em lidar com a própria hostilidade e das outras pessoas, agravando o problema de comunicação estabelecido no ambiente familiar.

APÊNDICE 7

DESCRIÇÃO DE CASO

SELMA

Mulher, 32 anos, aparentando ser mais velha, casada, mãe de dois meninos (um de 15 e outro de 9 anos), estudou até a 4ª série e trabalha como autônoma na limpeza de túmulos. Em sua atividade profissional, outras pessoas têm a mesma função, porém são contratados pela prefeitura municipal de sua cidade.

Sua rotina de trabalho é competitiva, pois são autônomos e contratados da prefeitura tentando conquistar o interesse das pessoas que contratam a faxina. Esta realidade de muita competitividade a deixa nervosa e conseqüentemente, segundo ela, a dor de cabeça aparece.

Seus pais são separados e seu pai está com outra mulher. Tem entrado em conflito com o pai em função de sua nova esposa. Outro fator que interfere no relacionamento com seu pai, é o fato do trabalho deste ser o mesmo que o seu apenas com a diferença dele ser contratado pela prefeitura. Quando estão em conflito, Selma chega a ser ignorada pelo pai inclusive no mesmo ambiente de trabalho. Esta situação a deixa muito incomodada. Seu relato evidenciou grande dificuldade nas relações triangulares, com sentimento de exclusão associado à rejeição. Outro aspecto evidenciado foi uma negação da atividade mental imaginária (fantasias) por parte desta paciente, pois sua forma de lidar com a própria realidade se dá de maneira bem concreta.

APÊNDICE 8

DESCRIÇÃO DE CASO

HELENA

Mulher, 38 anos, casada, mãe de uma moça de 19 anos e de dois meninos de 14 anos, gêmeos. Não terminou o ensino médio e mora em um sítio desde que se casou. Refere ter sentido muita dificuldade em se adaptar no sítio porque nasceu e se criou na cidade. O sítio onde mora fica a 18 km da cidade e quando os filhos eram pequenos, não havia hospital na cidade mais perto e por isso, precisava viajar 30 km para chegar à cidade com maior recurso de assistência médica. Essa realidade foi sentida como grande obstáculo, principalmente quando soube que estava esperando filhos gêmeos – estava no 8º mês de gestação. Não foi fácil adaptar-se com os filhos gêmeos, e ainda sente dificuldades neste aspecto. Administrar a educação dos dois não tem sido fácil e refere ter desenvolvido depressão em função desta experiência. Ter ido morar em um lugar muito diferente do que estava acostumada e conviver intensamente com os parentes do esposo “mexeu” muito com sua cabeça.

Está casada há 20 anos e durante todos estes anos, sua dedicação foi para a família e atividades do lar para a manutenção da mesma. “Odiava” ser dona de casa, mas hoje lida melhor com esta realidade. Tem se dedicado a estudos bíblicos juntamente com um grupo de orações que passou a fazer parte e lhe beneficiado muito. Outra atividade que tem realizado e promovido muita satisfação é um trabalho que está desenvolvendo no próprio sítio, na manutenção de carrapatos para uma pesquisa científica de uma faculdade de veterinária. Este trabalho tem contribuído muito para sua satisfação pessoal, pois está sentindo-se produtiva, além da contribuição financeira.

Reconhece que foi aprendendo a se olhar melhor e assim, ter mais consciência de suas limitações enquanto ser humano. Tem muito interesse em continuar adquirindo conhecimento e possibilidades pessoais. Sugere a presença de psicólogos à disposição da população como forma preventiva de evitar doenças confirmando uma maior compreensão das próprias limitações e também do ser humano.

APÊNDICE 9

DESCRIÇÃO DE CASO

ELISABETE

Elisabete é uma moça de 26 anos, fisioterapeuta, solteira, e que reside com a mãe e o padrasto.

Durante toda a entrevista mostrou-se desconfiada e pensando muito para responder a cada questionamento. Apesar dela não relacionar “com nada” suas dores e até desmaios que apresentou, esta atitude denunciou que mobiliza defesas para não entrar diretamente em contato com sua atividade mental.

Por exemplo, conforme a entrevista ia transcorrendo, dava risadas, porém não explicitava a associação que estava mobilizando o riso e novamente justificava com “não é nada”. Este funcionamento evidenciou uma negação da sua realidade interna e muita onipotência; o único aspecto que relatou foi o de que suas dores de cabeça limitam seu rendimento profissional apenas no sentido qualitativo, mas sem deixar de produzir e o fato de alterar “apenas um pouco” seu humor prejudicando a vida social.

Não pode reconhecer-se nos desejos e sentimentos, evidenciando um empobrecimento psíquico.

APÊNDICE 10

DESCRIÇÃO DE CASO

ANA

Jovem adulta, 33 anos, solteira, curso superior completo, técnica em farmácia, mora sozinha, pois seus familiares são de outra cidade. Atualmente não vive nenhum envolvimento duradouro, e dividiu o apartamento onde mora com uma amiga por 11 anos, e há 2 anos, desde que a mesma se casou, não quis morar com mais ninguém. Justifica a opção por estar com manias que a idade propicia e medo de não dar certo com outras pessoas.

Mostrou-se muito resistente e desconfiada durante as duas entrevistas. Foi preciso certificar-se a respeito das questões que iriam ser feitas e apenas no final da segunda entrevista é que pode soltar-se um pouco e até brincar contidamente.

Reconhece que é uma pessoa muito preocupada e esta condição “é fator desencadeante” de crises de dor de cabeça. Atualmente tem procurado acalmar-se quando está vivendo uma situação semelhante e tem percebido melhoras. Passou a sofrer de dores de cabeça aos 18 anos com o acúmulo de preocupações profissionais. As dores eram esporádicas e houve um período marcante em sua vida profissional por volta dos 29 anos onde viveu muita pressão no trabalho e a partir daí, suas dores passaram a ser constantes. Todas suas preocupações não se restringem a atuação profissional. Morar longe da família e sentir-se sozinha também contribuem para o aumento de suas preocupações: “E também o lado emocional da família que mora fora e eu fico sozinha e preocupada. Eu acho que isso daí que pesa bastante nas minhas dores de cabeça. Eu não consigo relaxar, descansar, eu sempre fico fazendo alguma coisa e aí eu termino e tô pensando um monte de coisa”.

Ana tem estudado em casa para aprimorar seus conhecimentos profissionais e em relação ao crescimento pessoal, também procura se informar e entende que tem ajudado: “Eu mudei bastante, eu procurei ler livros, buscar informação, eu mudei bastante! Eu já não sou tão preocupada como eu era antes”.

Para contribuir ainda mais com seu bem-estar, tem feito atividades físicas com regularidade e alcançado benefícios para o seu estado geral de saúde.

APÊNDICE 11

DESCRIÇÃO DE CASO

JANAINA

Mulher jovem, 25 anos, solteira, mãe de um menino de 4 anos, moram com os pais de Janaina, juntamente com uma irmã de 35 anos, um irmão de 34 anos e dois sobrinhos de 14 e 9 anos respectivamente. Estudou até completar o Ensino Médio e fez Magistério. Nunca trabalhou na área, já foi dançarina de conjunto de baile, trabalhou em fábrica de bonecas e atualmente está desempregada aguardando a ex-patroa (da fábrica de bonecas), chama-la novamente, pois dará início a um novo ramo no comércio.

Durante as duas entrevistas, teve grande dificuldade em se expressar, deixando um pouco de dúvidas se era limitação intelectual, timidez ou restrição no vocabulário pela limitação sócio-econômica e cultural. Foi preciso repetir algumas questões e ter o cuidado na utilização das palavras para que pudesse entender o que lhe era perguntado. Não consegue fazer associações, lembrar de datas, fazer uma referência pessoal dos fatos importantes de sua vida. Ria várias vezes sugerindo vergonha.

Refere que se pensar muito nos seus problemas, a dor de cabeça aparece, porém não é muito enfática quanto a esta característica. Quando questionada se é uma pessoa muito preocupada, responde que “mais ou menos”. Sua maior preocupação diz respeito ao namorado que tem, mas demonstrou muita resistência em falar no assunto como se tivesse que identificar quem era. Mesmo sendo assegurada que não deveria identificar e que o interesse era investigar que coisas que a preocupam e como, ainda assim, não ficou à vontade.

Todo o seu relato e comportamento sugeriram uma pessoa infantilizada, com atitudes e funcionamento de adolescente. Está com sua atenção voltada para o relacionamento com as amigas, namorado e desejo em conhecer o cantor Daniel. Quando sai, seu filho fica com os familiares e principalmente seu irmão que é o padrinho do menino. Ficou grávida de uma pessoa que pouco conhecia e que foi embora de sua cidade quando estava grávida de 2 meses. O filho não tem nenhum contato com o pai biológico e tem no padrinho a referência dos cuidados paternos.

Diante de todas as dificuldades em se expressar, o que pôde relatar sem dúvidas foi que nos momentos de dores de cabeça, o que faz passar é poder dormir. Em algumas vezes, quando tem dor, fica com medo de ser problema grave como um câncer, mas a forma que encontra para se acalmar é onipotente como tipicamente o pensamento do adolescente: “não é nada, vai sarar, vou no médico e vai passar, não vai ser nada não”.

As restrições no seu funcionamento cognitivo e afetivo propiciam que ao se deparar com alguns questionamentos a respeito de suas dificuldades e enfrentamentos da vida, não encontra respostas suficientes a ponto de transformações e crescimento pessoal. Mais uma vez evidencia-se imaturidade, pois busca no encontro com as amigas, uma maneira de enfrentar, se distraindo com o convívio social.

APÊNDICE 12

DESCRIÇÃO DE CASO

MÁRCIA

Mulher solteira, 30 anos, aparentando ser mais velha, pele queimada de sol e sem indícios de vaidade e feminilidade.

Estudou até a 4ª série e trabalha em serviços gerais incluindo atividades de jardinagem. Sua fala é restrita em vocabulário e pronúncia.

Trabalha desde os 8 anos de idade e refere que sua vida foi e continua sendo sempre trabalhar e que “nunca” enfatizou o lazer. Mora com o pai, a madrasta, dois irmãos e um sobrinho de 9 anos. Refere que desde que este menino nasceu sua vida tem sido de dedicação intensa a este garoto, além do trabalho.

Durante as duas entrevistas, teve dificuldades em se expressar. Suas respostas foram muito “concretas” e era preciso esclarecer melhor cada item pesquisado.

Além das restrições culturais, ficaram dúvidas quanto ao potencial intelectual, somado a aspectos de timidez.

O único ponto em que apareceu uma maior consciência a respeito de sua vida mental, foi ao responder que o nervoso provoca dores de cabeça. Ainda assim, não conseguiu identificar o que a deixa nervosa. Apresentou muita restrição no desenvolvimento de suas respostas.

APÊNDICE 13

DESCRIÇÃO DE CASO

LILIANA

Mulher jovem, 33 anos, casada, um filho de 16 anos e uma filha de 8 anos, cursou até a 8ª série e é dona de casa.

È uma pessoa muito objetiva em suas respostas e durante as duas entrevistas respondeu estritamente o que lhe foi perguntado. Aceitou em participar da pesquisa, mas parecia realmente que não queria falar muito de si. Ao mesmo tempo em que fazia alguma associação de idéias a respeito de suas dores, na fala seguinte no mesmo assunto, sua resposta era: “Às vezes”.

Neste esquema de colocação, relaciona suas dores de cabeça ao nervoso (às vezes) e ao fato de dormir pouco. Este foi o único aspecto em que se colocou sem restrições ao comentar que se dormir pouco, sua cabeça começa a doer.

Não sabe precisar desde quando sofre de dores de cabeça: “Acho que tem uns cinco anos ou mais, por aí”. Do mesmo modo não relaciona com nenhum fato importante na sua vida que possa estar relacionado a suas dores. A procura pelo neurologista foi para “descartar” a possibilidade de algum problema mais grave em sua cabeça.

Quanto a sua história de vida, relata sem esboçar muita emoção. Durante todo seu relato, a impressão era de que estava contando de outra pessoa e não sobre si mesma. Foi criada pelo pai e pela avó, pois seus pais se separaram quando tinha 2 anos. Quando estava com 13 anos sua avó faleceu e com 16 anos assumiu a vida conjugal fugindo com o marido para posteriormente se casarem. Há um ano, o relacionamento com a mãe tem sido ampliado, mas não conseguem fazer confissões uma à outra. Com seu pai continua o relacionamento de sempre que classifica como bom. Com o marido e com os filhos também refere que não tem conflitos e o seu projeto de vida é “viver bem com a família”.

Nunca trabalhou fora de casa e o máximo que fez neste sentido foi trabalhar de arrematar roupas em casa – também sem evidenciar nenhum tipo de conflito nesta área.

Parece uma pessoa com pensamento muito concreto e sem habilidades para lidar com a vida afetiva, justificando a maneira de se expressar mesmo que o

assunto abordado seja sua história de vida. Provavelmente não teve a oportunidade de explorar satisfatoriamente sua vida afetiva.

9. ANEXO

ANEXO 1
AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 049/2006

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º **0679/2006** sob a responsabilidade de Cláudia Thomé Beletti, com o título "Sobrecarga emocional de pacientes portadores de cefaléia crônica diária", está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 03 de abril de 2006.

Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP