

Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e/ou Depressão e sua relação com Queixas de Enxaqueca

Emotional Regulation, Symptoms of Anxiety and/or Depression and their relationship with Migraine Complaints

Ariana Moura Jesus (orcid.org/0000-0002-5335-4289)¹

André Faro (orcid.org/0000-0002-7348-6297)²

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a relação entre regulação emocional, sintomas de ansiedade e/ou depressão e a presença de queixas de enxaqueca. Participaram 259 indivíduos adultos de ambos os gêneros, com idades entre 18 e 65 anos. Foram utilizados o questionário ID-Migraine™, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, o Questionário de Regulação Emocional e um questionário sociodemográfico. A regressão logística foi realizada com queixas de enxaqueca como variáveis dependentes, e as variáveis explicativas foram aquelas que apresentaram significância estatística bivariada, em relação ao diagnóstico de queixas de enxaqueca no ID-Migraine™, a saber: gênero e presença de sintomatologia de ansiedade significativa. Nos resultados, observou-se que a maioria dos participantes obteve resultado positivo para enxaqueca no ID-Migraine™. As mulheres tinham cerca de duas vezes mais chances de ter queixas de enxaqueca, e aquelas com sintomas positivos de ansiedade eram quase quatro vezes mais propensas a estar no grupo com queixas de enxaqueca. Em suma, a regulação emocional e a depressão não foram associadas à enxaqueca, apesar das evidências da literatura. Por outro lado, gênero e ansiedade tiveram significância estatística, o que reiterou relações já mencionadas em outros estudos.

Palavras-chave: Enxaqueca. Ansiedade. Depressão. Regulação emocional.

Abstract

This research aimed to analyze the relationship between emotional regulation, anxiety and/or depression symptoms and migraine complaints. The sample was composed of 259 adults of both sexes, aged from 18 to 65 years. The ID-Migraine™ questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Emotion Regulation Questionnaire and a sociodemographic questionnaire were used. Logistic regression was carried out with migraine complaints as dependent variables, and the explanatory variables were those that showed bivariate statistical significance in relation to the diagnosis of migraine complaints in ID-Migraine™, namely gender and significant anxiety symptoms. The results showed that most participants obtained a positive result for migraine on the ID-Migraine™. Women were about twice as likely to complain about migraines, and those with anxiety symptoms were almost four times more likely to complain about these headaches. In sum, emotional regulation and depression did not show statistically significant associations with migraine, despite evidence from the literature, but gender and anxiety did, which reiterated relationships already mentioned in other studies.

Keywords: Migraine. Anxiety. Depression. Emotional regulation.

A enxaqueca é uma dor de cabeça unilateral e pulsátil de intensidade moderada ou grave, que pode ser acompanhada de náuseas e/ou vômitos, fotofobia e/ou fonofobia (International Headache Society, 2018). Em 2016, ela foi classificada como a sexta desordem mais prevalente em todo o mundo e estimou-se que 1,4 bilhão de pessoas tenham enxaqueca. Além de muito comum, a enxaqueca é considerada uma das principais causas de incapacidade, particularmente em mulheres adultas jovens e de meia-idade, com pico na

¹ Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, Brasil. E-mail: arianamourapsi@hotmail.com.

² Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, Brasil. E-mail: andre.faro.ufs@gmail.com.

prevalência e taxa de incapacidade entre 35 e 39 anos de idade (Global Burden Disease, 2016).

As pessoas com enxaqueca mostram uma extensão substancialmente maior de comorbidades, dias e consultas para cuidados em saúde quando comparados com indivíduos sem essa condição (Korolainen et al., 2019). As comorbidades psiquiátricas têm implicações importantes, uma vez que pioram os sintomas clínicos e aumentam o risco de cronicidade, frequência e intensidade da dor e a taxa de falha do tratamento (Lo Buono et al., 2019). Dentre as comorbidades psiquiátricas comuns na enxaqueca, os transtornos de ansiedade (TA) e depressivos (TD) se destacam. Estudos apontam que as pessoas com enxaqueca têm de duas a quatro vezes mais probabilidade de apresentar transtornos psiquiátricos (Lo Buono et al., 2019). Por exemplo, em uma metanálise, viu-se que a depressão estava presente entre 8,6% - 47,9% das pessoas com enxaqueca (Antonaci et al., 2011). Já em uma pesquisa realizada com 61.375 pessoas, observou-se que as chances de enxaqueca foram quatro vezes maiores nos indivíduos que sofrem com transtornos de ansiedade (Orr, Potter, Ma, & Colman, 2017).

Quando juntos, a enxaqueca e os TA e/ou TD podem resultar em desfechos de dor de cabeça em longo prazo, elevados custos financeiros, visitas frequentes aos médicos e serviços de saúde e maiores índices de incapacidade relacionada à enxaqueca (Smitherman, Maizels, & Penzien, 2008). Na ótica da saúde pública, intervenções com o objetivo de minimizar os danos provocados pela enxaqueca precisam considerar não apenas a dor de cabeça, mas também os transtornos mentais envolvidos (Rammohan, Mundayadan, Das, & Shaji, 2019). Frequentemente, pessoas deprimidas mencionam dificuldades em: identificar emoções (Rude & McCarth, 2003), aceitar emoções negativas (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006; Hayes et al., 2004), lidar com emoções negativas (Berking et al., 2011; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006) e modificar de forma adaptativa as emoções (Ehring, Fischer, Schnülle, Bösterling, & Tuschen-Caffier, 2008; Kassel, Bornovalova, & Mehta, 2007). Comparado a indivíduos sem ansiedade, pessoas com transtorno de ansiedade generalizada relatam mais dificuldades em compreender emoções, maior reatividade negativa às emoções e mais esforços para acalmar-se após experimentar emoções negativas (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005; Tull, Barrett, McMillan, & Roemer, 2007). De modo similar, dificuldades na regulação emocional têm sido relacionadas aos TA (Cisler, Olatunji, Feldner, & Forsyth, 2010).

A enxaqueca apresenta diferentes aspectos cognitivos e emocionais que podem influenciar seu desenvolvimento, curso e gravidade (Almarzooqi et al. 2017; Bonavita et al. 2018; Chan & Consedine, 2014). Alguns estudos mostraram que as pessoas com enxaqueca tendem a ser mais sensíveis a raiva, alegria e medo quando comparado a pessoas que não têm enxaqueca (Rashidi et al. 2018; Rausa et al. 2019; Szabó et al. 2019). Embora pesquisas recentes tenham abordado os resultados da regulação emocional (RE) para vários distúrbios

(Sheppes et al. 2015), houve pouca atenção ao seu efeito sobre distúrbios da dor de cabeça e, especialmente, enxaqueca (Wolf et al. 2019).

ARE pode ser descrita como um processo usado para modificar experiências emocionais, expressões e situações que eliciam essas emoções com o objetivo de produzir respostas apropriadas às demandas do ambiente (Aldao, 2013). Dependendo do contexto e dos objetivos pessoais, as pessoas podem fazer uso de diversas estratégias para aumentar, manter ou reduzir os efeitos das emoções negativas ou positivas (Gross, 2014). No campo da saúde, a desregulação da emoção está associada a diversos comportamentos arriscados, autodestrutivos e comprometedores, como comportamento sexual de risco, uso de substâncias psicoativas e automutilação (Weiss, Sullivan, & Tull, 2015). Mais especificamente, no contexto da saúde mental, a regulação emocional parece estar positivamente associada à ansiedade e à depressão (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010).

Neste estudo, duas estratégias de RE – reavaliação cognitiva e supressão emocional – foram analisadas. A reavaliação cognitiva implica em uma mudança de sentimentos e não somente da expressão emocional, portanto pode ser considerada como uma estratégia focada nos aspectos antecedentes de resposta e de ação profunda. Por outro lado, a supressão emocional envolve a inibição contínua da expressão emocional, assim, pode ser entendida como uma estratégia focada nos aspectos consequentes de resposta e de ação superficial (Gross, 2013). Tais estratégias diferem na sua eficácia, sendo a reavaliação cognitiva geralmente mais eficaz na regulação da experiência fisiológica das emoções negativas (Gross, 2002; John & Gross, 2004).

Além das pesquisas referentes à relação entre RE e saúde mental, alguns estudos têm encontrado resultados interessantes a respeito do papel da RE em condições de saúde geral. A exemplo disso, Schmidt, Harvey e Van der Linden (2011) demonstraram que a supressão emocional e a ruminação estão associadas a distúrbios do sono. Em outras pesquisas, a supressão emocional foi associada ao aumento da ansiedade, da dor, da fadiga crônica e do risco de insônia (Amstadter, 2008; Chalder & Hill, 2012; Fernández-Mendoza et al., 2010; Koechlin, Coakley, Schechter, Werner, & Kossowsky, 2018). Por fim, Freire e Tavares (2011) mostraram que adolescentes que faziam uso da reavaliação cognitiva no processo de RE, tentando mudar o significado das situações, pareciam estar mais felizes e mais satisfeitos com suas vidas.

Observa-se que, apesar de não haver muitas evidências no que se refere aos mecanismos psicológicos ou comportamentais subjacentes às associações entre RE e saúde física (Ellis et al., 2019), pesquisas têm demonstrado que de algum modo a utilização das diferentes estratégias de RE está relacionado a desfechos de saúde ou doença. Inclusive, Kokonyei et al. (2016) afirmaram que o estresse psicológico elevado na enxaqueca é parcialmente atribuído ao estilo de resposta ruminativa. No entanto, não foram encontradas pesquisas que analisassem a utilização das estratégias de RE (reavaliação cognitiva e

supressão emocional) em pessoas com enxaqueca. Com base nesses achados, levantou-se a hipótese de que a RE, especificamente, as estratégias de reavaliação cognitiva e supressão emocional, poderia influenciar a ocorrência de queixas da enxaqueca.

Diante disso, evidenciou-se a necessidade em estudar a enxaqueca, não apenas considerando a dor de cabeça, mas também os transtornos mentais comórbidos (Rammohan et al., 2019), por meio de um viés psicológico. Isso se tornou interessante para que se possa ampliar a compreensão acerca da relação entre a enxaqueca, TA, TD e RE e, especialmente, pelo fato de não terem sido encontrados trabalhos publicados em periódicos científicos brasileiros que tenham avaliado tal relação em uma amostra oriunda do Brasil, até então (pesquisa realizada em Julho de 2020, nas bases SciELO e PePSIC, utilizando os termos “regulação emocional” AND “enxaqueca”, em inglês e em português).

A presente pesquisa se tratou de um estudo empírico com objetivo de analisar a relação entre estratégias de regulação emocional, sintomas de ansiedade e/ou depressão e a presença de queixas de enxaqueca. Para tanto, analisou-se a distribuição dessas variáveis e de características do perfil sociodemográfico em dois grupos: pessoas com e sem queixas de enxaqueca, buscando-se identificar as variáveis que apresentavam associação, com base no autorrelato de sintomas, à presença de indicadores clínicos de enxaqueca.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 259 indivíduos adultos de ambos os gêneros. A idade média foi de 30,7anos [Desvio Padrão (DP) = 11,3], com mínimo de 18 anos e máximo de 65 anos. Observou-se que 52,1% (n = 135) da amostra estudaram até o ensino médio, 40,9% (n = 106) até o ensino superior e 7,0% (n = 18) eram analfabetos, semi-analfabetos ou completaram apenas o ensino fundamental. Em contrapartida, apenas 26,0 (n = 67) da amostra total confirmaram que já haviam recebido diagnóstico de enxaqueca de um médico. No que tange a outras doenças crônicas diagnosticadas além da enxaqueca, 17,0% (n = 44) afirmaram possuir outra enfermidade e 83,0% (n = 215) não relataram nenhuma outra doença crônica. Os participantes eram transeuntes que se encontravam no principal centro comercial de Catu (BA).

A técnica escolhida para amostragem foi a de Ponto-de-Fluxo (Hornik & Ellis, 1988; Samara & Barros, 2002), que se caracteriza pela obtenção de dados em determinados locais de interesse e grande movimentação de indivíduos alvo do estudo. Para a realização da coleta, cinco entrevistadores, que foram treinados e supervisionados pela pesquisadora, dirigiram-se a locais onde havia considerável circulação de pessoas e abordaram os indivíduos identificando-se e explicando os objetivos do estudo. Feito isso, aqueles que desejaram participar do estudo foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e, posteriormente, a responder aos questionários. Apesar de não ser possível calcular exatamente a quantidade de transeuntes que passaram pelos

entrevistadores no momento e local da coleta de dados, estima-se que a cada cinco pessoas convidadas, uma se recusou a participar da pesquisa após ouvir os objetivos do estudo, o que equivale a 20% de recusas. Dentre os que aceitaram, não houve desistências após o início da coleta. Ou seja, as pessoas que aceitaram participar concluíram o preenchimento dos instrumentos de pesquisa na íntegra, não havendo perdas amostrais. Em cumprimento à legislação em pesquisa com seres humanos, esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade SUPRIMIDO (CAAE 76853917.4.0000.5546; Número de registro 2.404.434).

Instrumentos

Utilizou-se um questionário fechado composto pelas seguintes variáveis sociodemográficas: gênero (masculino ou feminino), idade (em anos e, posteriormente, dividida em tercís) e escolaridade (ensino médio, ensino superior ou outro). Também foram coletados dados clínicos, tais como: diagnóstico de enxaqueca (sim ou não), outra doença crônica (sim ou não) e qual doença crônica.

Para avaliar a enxaqueca, utilizou-se o questionário *ID-Migraine™*, que foi criado por Lipton et al. (2003) e validado para a população brasileira por Mattos, Souza, Moreira Filho, Jurno e Velarde (2017). Além do português, este questionário foi validado em outros idiomas como: francês, italiano e turco (Mattos et al., 2017). Trata-se de um questionário composto por três perguntas às quais o sujeito deve responder sim ou não, com base nos últimos três meses. Para que o resultado seja considerado positivo, é preciso que a pessoa responda sim a, pelo menos, duas questões. Em sua pesquisa original, Lipton et al. (2003) relataram que essas três questões juntas obtiveram um excelente resultado, com uma sensibilidade de 81% (95% CI, 77% a 85%), especificidade de 75% (95% CI, 64% a 84%) e valor preditivo positivo (VPP) de 93% (IC 95%, 89% a 95%). A confiabilidade teste-reteste foi aceitável, com kappa de 0,68 (IC 95%, 54% - 82%) e alfa de Cronbach de 0,70. Os autores concluíram que o *ID-Migraine™* é um instrumento de rastreamento válido e confiável para a enxaqueca. A validação do *ID-Migraine™* no Brasil, realizada por Mattos et al. (2017), mostrou uma sensibilidade de 92% (IC de 95%, 88% a 95%), especificidade de 60% (IC de 95%, 43% a 77%) e valor preditivo positivo (VPP) de 93% (95 % IC, 89% a 96%).

Foi também utilizada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão), validada para a população brasileira por Marcolino et al. (2007). A HADS possui 14 itens com 7 para ansiedade (HADS-A) e 7 para depressão (HADS-D). Para cada item há uma pontuação de 0 a 3 com total de 21 pontos para escala. O valor de corte para a sintomatologia significativa para o transtorno de ansiedade ou de depressão ≥ 9 . No estudo de confiabilidade para a amostra de pessoas, as subescalas de ansiedade e depressão da HADS apresentaram alfa de Cronbach (consistência interna) de 0,84 e 0,83, respectivamente. Os resultados da sensibilidade e especificidade foram de 80,6% e 89,5%.

Finalmente, utilizou-se o *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ), de Gross e John (2003), validado para a população brasileira por Batistoni, Ordonez, Silva, Nascimento e Cachioni (2013). Esse questionário é composto por dez afirmativas que se referem a dois grupos de estratégias de RE: Reavaliação Cognitiva corresponde aos itens 1, 3, 5, 7, 8 e 10 e Supressão Emocional aos itens 2, 4, 6 e 9. As respostas aos itens são respondidas numa escala Likert que varia de 1 (Discordo totalmente) a 7 (Concordo totalmente). Escores mais altos indicam o uso mais frequente de uma determinada estratégia. O alfa de Cronbach para o escore total foi de 0,73 e para a reavaliação e supressão foram de 0,75 e 0,69, respectivamente. A confiabilidade teste-reteste foi de 0,71 para a escore total, 0,75 para a reavaliação e 0,74 para a supressão.

Análise dos dados

Inicialmente, conduziram-se procedimentos exploratórios e de ajuste no banco de dados [reposição de *missings* (<1%), tratamento de *outliers* (<1%) e erros de digitação], com o auxílio do programa SPSS (versão 24). Para os escores finais das escalas, efetuaram-se as estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão). Em seguida, conduziram-se análises bivariadas com testes Qui-quadrado (gênero, idade em tercis, presença de sintomatologias significativas de ansiedade e de depressão versus queixas de enxaqueca) e t de *Student* [reavaliação cognitiva, supressão emocional e queixas de enxaqueca (*ID-Migraine™*)] para a seleção das variáveis para análise multivariada com o modelo logístico. Ao final, conduziu-se análise de Regressão Logística (método *Forward Stepwise Wald*) para as queixas de enxaqueca [Variável Dependente (VD)], tendo-se como variáveis explicativas as que mostraram significância estatística na análise bivariada. O nível de significância adotado para as análises foi de $p < 0,05$.

Resultados

A maior parte da amostra foi composta por mulheres (66,4%; $n = 172$). Dentre as pessoas que participaram, 57,0% ($n = 147$) obtiveram indicadores clínicos para enxaqueca no *ID-Migraine™*.

Tabela 1. Ocorrência de Queixas de Enxaqueca e Sintomas de Depressão e de Ansiedade em Amostra de Transeuntes na Cidade de [Catu \(BA\)](#)

Variável	N	F%
Enxaqueca (<i>ID-Migraine™</i>)		
Sim	147	56,8
Não	112	43,2
Sintomatologia Ansiosa (HADS-A)		
Sim	70	27,0
Não	189	73,0
Sintomatologia Depressiva (HADS-D)		
Sim	201	77,6
Não	58	22,4

Notas: F% = frequência percentual; n = número de sujeitos.

Fonte: Elaborada pelos autores

Os dados da HADS indicaram que 78,0% (n = 201) apresentam sintomatologia significativa para o transtorno depressivo e 27,0% (n = 70) apresentaram sintomatologia ansiosa.

Ao analisar as estratégias de regulação emocional, observou-se que, a pontuação média para a reavaliação cognitiva foi de 28 pontos [Desvio Padrão (DP) = 9,0] e para supressão emocional foi de 15 pontos (DP = 5,5). Ao analisar o grupo sem critérios clínicos para enxaqueca, a média foi de 27 pontos (DP = 8,9) na reavaliação cognitiva e de 15 pontos (DP = 5,7) na supressão emocional. Em contrapartida, o grupo com critérios clínicos para enxaqueca apresentou média de 29 pontos (DP = 8,9) na reavaliação cognitiva e de 15 pontos (DP = 5,4) na supressão emocional. Utilizou-se o teste t de *Student* entre as variáveis de regulação emocional e os indicadores no *ID-Migraine™* e não se constatou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, tanto para supressão emocional (t= - 0,732; p = 0,465), como para reavaliação cognitiva (t= -1,210; p = 0,227).

Com o teste do Qui-quadrado (Tabela 2) verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa por gênero e enxaqueca pelo *ID-Migraine™*, sendo que as mulheres (62,2%) apresentaram queixas de enxaqueca mais comumente que homens (46,0%) ($\chi^2 = 6,203$; p = 0,013). Quanto à sintomatologia ansiosa, dentre aqueles que tiveram indicadores positivos na HADS-A, 78,6% estavam no grupo com sintomas de enxaqueca e apenas 21,4% estavam no grupo sem enxaqueca ($\chi^2 = 18,599$; p = 0,001). Já em relação à sintomatologia depressiva e aos indicadores no *ID-Migraine™*, não se detectou associação estatisticamente significativa (p = 0,981).

Tabela 2. Fatores associados às Queixas de Enxaqueca em Amostra de Transeuntes na Cidade de Catu (BA)

Variáveis	Enxaqueca (ID-Migraine™)		X^2	p-valor	
	Negativo F% (n)	Positivo F% (n)			
Gênero	Feminino	37,8(65)	62,2(107)	6,203	0,013
	Masculino	54,0(47)	46,0(40)		
HADS - A	Negativo	51,3(97)	48,7(92)	18,599	0,001
	Positivo	21,4(15)	78,6(55)		
HADS - D	Negativo	43,1 (25)	56,9(33)	0,001	0,981
	Positivo	43,3(87)	57,7(114)		

Notas 1. F%(n) = indicador de frequência e porcentagem; X^2 = Qui-quadrado; p-valor = significância estatística. 2. HADS - A = Hospital Anxiety and Depression Scale.

Fonte: Elaborada pelos autores

Tendo realizado as análises bivariadas, aquelas variáveis que denotaram significância estatística foram selecionadas para compor a regressão logística. Assim, conduziu-se a análise de regressão logística tendo como covariáveis: gênero (feminino ou masculino) e sintomatologia ansiosa (positiva ou negativa) e a variável dependente foi a enxaqueca (ID-Migraine™). O modelo final foi alcançado em dois passos (-2LL inicial = 354,306; final = 330,106; Δ = 24,200), com 64,1% dos casos sendo corretamente preditos. Demais informações sobre o ajuste do modelo constam na Tabela 3.

Tabela 3. Regressão Logística dos Fatores Associados às Queixas de Enxaqueca em Amostra de Transeuntes na Cidade de Catu (BA)

Variáveis	F% (n)	OR (IC 95%)	p-valor	
Gênero	Feminino	66,4 (172)	1,8 (1,0 - 3,1)	0,034
	Masculino	33,6 (87)	1	-
Sintomatologia Ansiosa	Positiva	27,0 (70)	3,7 (1,9 - 7,0)	<0,001
	Negativa	73,0 (189)	1	-

Notas 1. F% = frequência percentual; n = número de participantes; OR = razão de chances (Odds Ratio); IC 95% = intervalo de confiança de 95%; p = significância estatística. 2. Omnibus test = 24,200; $p < 0,001$; Nagelkerke (R^2) = 0,120 (12%); Hosmer and Lemeshow Test = 2,504; $p = 0,286$.

Fonte: Elaborada pelos autores

Finalmente, viu-se que em relação ao gênero feminino, o risco para pertencer ao grupo com indicadores clínicos para enxaqueca no *ID-Migraine™* foi ampliado em comparação aos participantes do gênero masculino, sendo que as mulheres possuíam cerca de duas vezes mais chances de ter queixas significativas de enxaqueca (OR = 1,8; p = 0,034). Ademais, os participantes que apresentaram sintomatologia ansiosa positiva tiveram quase quatro vezes mais chances de estarem no grupo de enxaqueca (OR = 3,7; p <0,001) do que os indivíduos que não apresentaram sintomas significativos de ansiedade.

Discussão

O presente estudo investigou a relação entre RE, sintomas de ansiedade e/ou depressão em uma amostra de pessoas com e sem indicadores de enxaqueca. Para tanto, foi observado que 57% dos participantes foram diagnosticados com enxaqueca. Esse valor foi acima da estimativa esperada que é de 11%, segundo a Sociedade Brasileira de Cefaleia (2019), porém, próximo aos valores entre 52,5% e 45,1% encontrados em outros estudos (Bigal, Bordini, & Speciali, 2000; Moura, Pereira, Moura, & Pimentel, 2016). Tais estudos utilizaram uma metodologia diferente da empregada nesta pesquisa, pois ambos aplicaram os critérios para a enxaqueca da Sociedade Internacional de Cefaleia.

Acredita-se que a alta ocorrência de sintomas de enxaqueca observadas nesta pesquisa pode ser devido às características do instrumento utilizado. O *ID-Migraine™* é um questionário de elevada sensibilidade, comumente usado para o rastreamento da enxaqueca (Lipton et al., 2003). A apresentação de indicadores clínicos sinaliza a necessidade de avaliação pormenorizada por um clínico e serve para se alcançar uma ideia geral da existência de sintomas da doença. Assim, embora o instrumento se mostre uma ferramenta confiável, há a probabilidade de haver certa ambiguidade a respeito da enxaqueca com outros tipos de dores de cabeça, mesmo com a cefaleia tipo tensional episódica, quando em comparação com o padrão-ouro do diagnóstico de um médico (Karli et al., 2007). Logo, índices elevados – em comparação à real distribuição da doença – são relativamente esperados com instrumentos de rastreamento e indicam que a presença de sintomas relativos à enxaqueca foi comum na população estudada. Por essa razão, ainda que possam ser superestimados, os achados adquirem relevância em termos de cuidado primário em saúde.

Em se tratando da comparação entre gênero e enxaqueca, viu-se que 62% das mulheres estavam no grupo com enxaqueca. Além disso, as mulheres possuíam cerca de 2 vezes mais chances de estar no grupo com queixas de enxaqueca pelo *ID-Migraine™*. Este resultado é coerente com a literatura. Por exemplo, Fuller-Thomson, Schrumm e Brennenstuhl (2013) encontraram ocorrência de 14,1% de mulheres com enxaqueca contra 6,1% de homens. Outra pesquisa, realizada por Steiner et al. (2014), contou com a participação de 8.271 pessoas e encontrou 43,6% de mulheres com enxaqueca, contra 26,9% de homens. Pahim, Menezes e Lima (2006) observaram que a enxaqueca foi cerca de quatro

vezes mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens (16,2% versus 3,9%). Resultados similares também foram encontrados por Allais, Chiarle, Sinigaglia e Benedetto (2018), que observaram um risco três vezes maior para as mulheres de sofrer de enxaqueca do que os homens.

Para justificar a alta frequência de enxaqueca nas mulheres, há poucas explicações na literatura. Kreling, Cruz e Pimenta (2006) apresentam dois argumentos. O primeiro diz respeito às características próprias do corpo feminino, que poderiam explicar a grande incidência de enxaqueca em mulheres, uma vez que após a puberdade a mulher tem o ciclo menstrual, geralmente antecedido de um conjunto de sinais fisiológicos, muitas vezes dolorosos. O segundo entende que o significado da dor para homens e mulheres pode sofrer influência das normas sociais e culturais, as quais possibilitam à mulher a expressão ou manifestação de dor, ao passo que encorajam os homens a desconsiderá-la.

Foram realizadas análises entre enxaqueca (*ID-Migraine™*) e os sintomas de transtornos depressivos e de ansiedade, mas apenas a comparação entre enxaqueca e ansiedade foi significativa. Detectou-se que 78,6% daqueles que apresentaram sintomatologia ansiosa positiva estavam no grupo com enxaqueca. No que se refere à elevada incidência de critérios clínicos para depressão, Faro (2015) explicou que altas prevalências obtidas na HADS podem se tratar, pelo menos em parte, de quadros subclínicos diagnosticados como o grau leve dos transtornos. Desse modo, ainda que seja relativamente esperado que instrumentos de rastreamento priorizem a sensibilidade, em detrimento à especificidade, o controle de falsos-positivos é importante. Isso tende a reduzir problemas como a prática do “superdiagnóstico”, possivelmente tão prejudicial quanto a subnotificação.

Ademais, os participantes que apresentaram sintomatologia ansiosa positiva tiveram quase quatro vezes mais chances de estarem no grupo de enxaqueca, quando comparados aos indivíduos que não apresentaram sintomas significativos de ansiedade. Dados semelhantes foram encontrados, em uma pesquisa realizada por Orr, Potter, Ma e Colman (2017), que contou com a participação de 61.375 pessoas. Na literatura, a relação entre ansiedade e enxaqueca já foi destacada. Por exemplo, para Peres (2018), a ansiedade é caracterizada por uma constante preocupação, ainda que sem motivos claros e, mesmo tendo consciência da reação exacerbada a determinado estímulo, o indivíduo não consegue controlar a tensão e o medo. Como consequência, o estresse provocado pela sensação de descontrole pode funcionar como gatilho para a enxaqueca. Lopes e Marback (2015) acreditam que a alta frequência de enxaqueca em pessoas ansiosas pode ser consequência do medo recorrente da iminência de dor, haja vista que indivíduos ansiosos tendem a perceber o mundo como um ambiente ameaçador e inseguro. Além disso, Peres, Mercante, Tobo, Kamei e Bigal (2017) enfatizaram que o descontrole da ansiedade decorrente de eventos do cotidiano do indivíduo ansioso, somado à dificuldade para relaxar ou até mesmo para dormir, parece exercer alguma influência no desfecho de enxaqueca.

De modo similar, era esperado que os resultados das análises entre a sintomatologia depressiva e a enxaqueca (*ID-Migraine™*) fossem significativos, conforme visto nos trabalhos de Bera, Khandelwal, Sood e Goyal (2014) e Carturan, Scorcine e Frago (2016). Contudo, nesta pesquisa, essa relação não foi observada. Acredita-se que o fato de não ter sido observado resultados significantes entre depressão e enxaqueca seja decorrente das características metodológicas ora empregadas. Aqui se utilizou o *ID-Migraine™* para rastrear a enxaqueca, já nos estudos de Bera et al. (2014) e Carturan et al. (2016) os indicadores de enxaqueca foram obtidos de acordo com os critérios da *International Headache Society*. Além disso, os transtornos mentais comuns foram avaliados através da HADS na pesquisa de Carturan et al. (2016), assim como neste estudo, e por meio da *Mini International Neuropsychiatric Interview* no estudo de Bera et al. (2014). Portanto, ainda que haja hipóteses e evidências de relação entre transtornos depressivos e enxaqueca, parece que os instrumentos utilizados podem ter afetado a capacidade de detecção dessa relação.

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre regulação emocional, sintomas de ansiedade e/ou depressão em uma amostra de pessoas com e sem queixas de enxaqueca conforme avaliação do *ID-Migraine™*. Ao que se sabe, este foi o primeiro estudo brasileiro a investigar a relação entre enxaqueca, transtornos depressivos e de ansiedade e regulação emocional. Mediante as análises realizadas, viu-se que as mulheres apresentaram enxaqueca mais comumente que homens. Quanto à relação entre enxaqueca e ansiedade, verificou-se que dentre aqueles com indicadores positivos estavam em maioria dentre aqueles com queixas de enxaqueca. Não houve relação entre a ocorrência de queixas de enxaqueca e a regulação emocional, bem como entre essas queixas e a depressão.

Este trabalho possui algumas limitações. A primeira limitação está relacionada ao fato de ter sido utilizado um questionário de rastreamento da enxaqueca ao invés de um instrumento baseado em entrevista clínica. Como já apontado anteriormente, o *ID-Migraine™*, em virtude de sua alta sensibilidade, poderia confundir as queixas de enxaqueca com outros tipos de cefaleia (a cefaleia tensional, por exemplo). Por esse motivo, recomenda-se que futuros estudos, além de utilizarem em suas metodologias, questionários autoaplicados, como *ID-Migraine™*, também tentem empregar algum tipo de avaliação clínica da enxaqueca.

A segunda limitação se refere ao corte transversal, o que impossibilita a investigação quanto à natureza bidirecional da relação entre os transtornos depressivos e de ansiedade e enxaqueca. Estudos longitudinais poderiam ajudar a compreender de que maneira estas complexas relações se desenvolvem em longo prazo, ou seja, pode ser que em relação à ansiedade pudesse ser detectada a influência do quadro ansioso em períodos de crise ou de remissão dos sintomas de enxaqueca. Em relação à depressão, um estudo longitudinal poderia evidenciar que ainda que não se tenha observado influência em um dado momento

da coleta de dados, ao longo de um dado período pode ser que os sintomas depressivos se relacionem de modo diferenciado com a enxaqueca.

A terceira limitação diz respeito aos possíveis vieses de participação, pois ao convidar as pessoas para participar da pesquisa, os objetivos do estudo eram informados. Desse modo, é possível que pessoas sensibilizadas pelo tema, por exemplo, aquelas acometidas por enxaqueca ou cefaleia, tenham se sentido mais inclinadas a participar da pesquisa, tendo em vista sua proximidade com a temática. Isso pode ser um potencial viés desta amostragem, o que poderia explicar a elevada quantidade de pessoas que apresentaram indicadores clínicos para enxaqueca no *ID-Migraine™*. Como quarta limitação, vale também salientar que todos os instrumentos utilizados (*ID-Migraine™*, HADS e ERQ) são escalas de rastreamento, o que de certa forma limita a interpretação dos achados como diagnósticos efetivos dos fenômenos avaliados. Portanto, os indicadores obtidos, nesta pesquisa, podem estar superestimados. Contudo, como retrato inicial, entende-se que pode vir a ser válido como contexto de comparação para futuros estudos.

Sendo a quinta e última limitação, é importante mencionar que não foram analisadas as eventuais relações de mediação entre a enxaqueca, a regulação emocional e a ansiedade ou depressão. Tais análises poderiam ajudar a entender como variações na regulação emocional medeiam a presença de queixas de enxaqueca e a ocorrência de sintomatologias dos transtornos mentais comuns, evidenciando possíveis interações na tríade de variáveis. Como isso não foi objetivo desta pesquisa, sugere-se que possa vir a ser contemplado em futuros estudos, no intuito de esclarecer se a ausência de associação entre a enxaqueca e a regulação emocional ou a enxaqueca e a depressão podem ser explicadas por essas mediações.

Finalmente, entende-se que tais limitações não invalidam os resultados encontrados. Acredita-se que as potenciais contribuições do estudo para a área são: servir como parâmetro para entender a ocorrência de enxaqueca em uma amostra não-clínica e, sobretudo, trazer mais informações – agora com uma pesquisa conduzida no Brasil – sobre a relação entre as queixas de enxaqueca, a regulação emocional e os sintomas de depressão e ansiedade.

Referências

- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172. doi: 10.1177/1745691612459518
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Allais, G., Chiarle, G., Sinigaglia, S., & Benedetto, C. (2018). Menstrual migraine: A review of current and developing pharmacotherapies for women. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(2), 123-136. doi: 10.1080/14656566.2017.1414182

- Almarzooqi, S., Chilcot, J., & McCracken, L. M. (2017). The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 239–24. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.04.004
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 211-221. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.02.004
- Antonaci, F., Nappi, G., Galli, F., Manzoni, G. C., Calabresi, P., & Costa, A. (2011). Migraine and psychiatric comorbidity: A review of clinical findings. *The Journal of Headache and Pain*, 12(2), 115-125. doi: 10.1007/s10194-010-0282-4
- Batistoni, S. S. T., Ordonez, T. N., Silva, T. B. L., Nascimento, P. P. P., & Cachioni, M. (2013). Emotional Regulation Questionnaire (ERQ): Indicadores psicométricos e relações com medidas afetivas em amostra idosa. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 26, 10-19. doi 10.1590/S0102-79722013000100002
- Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Griepenstroh, J., Aschenbrenner, S., & Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 474-479. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.019
- Bera, S. C., Khandelwal, S. K., Sood, M., & Goyal, V. (2014). A comparative study of psychiatric comorbidity, quality of life and disability in patients with migraine and tension type headache. *Neurology India*, 62(5), 516-520. doi: 10.4103/0028-3886.144445
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307-318. doi: 10.1037/a0023421
- Bigal, M. E., Bordini, C. A., & Speciali, J. G. (2000). Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 40(3), 241-247. doi: 10.1046/j.1526-4610.2000.00035.x
- Bonavita, V., De Simone, R., & Ranieri, A. (2018). Pain cognition in migraine: From basic neurophysiology to a behavioral paradigm. *Neurological Sciences*, 39(1), 3–9. doi:10.1007/s10072-018-3335-0
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587-595. doi: 10.1037/1528-3542.6.4.587
- Carturan, P., Scorcine, C., & Fragoso, Y. D. (2016). Migraine in the post-menopausal period is associated with higher levels of mood disorders, disability, and more menopausal symptoms. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 74(12), 999-1002. doi: 10.1590/0004-282x20160153
- Chalder, T., & Hill, K. (2012). Emotional processing and chronic fatigue syndrome. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 141-155. doi: 10.1080/02668734.2012.678644
- Chan, J. K. Y., & Considine, N. S. (2014). Negative affectivity, emotion regulation, and

- coping in migraine and probable migraine: A New Zealand case-control study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 851-860. doi: 10.1007/s12529-013-9370-6
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 68-82. doi: 10.1007/s10862-009-9161-1
- Ehring, T., Fischer, S., Schnulle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1574-1584. doi: 10.1016/j.paid.2008.01.013
- Ellis, E. M., Prather, A. A., Grenen, E. G., & Ferrer, R. A. (2019). Direct and indirect associations of cognitive reappraisal and suppression with disease biomarkers. *Psychology & Health*, 34(3), 336-354. doi: 10.1080/08870446.2018.15293137
- Faro, A. (2015). Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 349-353. doi: 10.1590/0102-37722015032072349353.
- Fernández-Mendoza, J., Vela-Bueno, A., Vgontzas, A. N., Ramos-Platón, M. J., Olavarrieta-Bernardino, S., Bixler, E. O., & De la Cruz-Troca, J. J. (2010). Cognitive-emotional hyperarousal as a premorbid characteristic of individuals vulnerable to insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 397-403. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181d75319
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Archives of Clinical Psychiatry*, 38(5), 184-188. doi: 10.1590/S0101-60832011000500003
- Fuller-Thomson, E., Schrumm, M., & Brennenstuhl, S. (2013). Migraine and despair: Factors associated with depression and suicidal ideation among Canadian migraineurs in a population-based study. *Depression Research and Treatment*, 1-10, 2013. doi: 10.1155/2013/401487
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 183-200. doi: 10.1891/088983906780639817
- Global Burden of Disease. (2016). *Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. Recuperado em 07 de julho de 2019, de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1474-4422%2818%2930499-X>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi: 10.1017.S0048577201393198
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359-365. doi: 10.1037/a0032135

- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In: Gross, J. J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.) (pp. 3-20). New York: Guilford. Inquiry.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & Stewart, S. H. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*(4), 553-578. doi: 10.1007/BF03395492
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. (2018). *Cephalalgia, 38*(1), 1-211. doi:10.1177/0333102417738202
- Hornik, J., & Ellis, S. (1988). Strategies to secure compliance for a mall intercept interview. *Public Opinion Quarterly, 52*(4), 539-551. doi: 10.1086/269129
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*(6), 1301-1334. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Kassel, J. D., Bornovalova, M., & Mehta, N. (2007). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behaviour Research and Therapy, 45*(5), 939-950. doi:10.1016/j.brat.2006.07.014
- Karli, N., Ertas, M., Baykan, B., Uzunkaya, O., Saip, S., Zarifoglu, M., & Siva, A. (2007). The validation of ID Migraine™ screener in neurology outpatient clinics in Turkey. *The Journal of Headache and Pain, 8*(4), 217-223. doi: 10.1007/s10194-007-0397-4
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 107*, 38-45. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.02.002
- Kokonyei, G., Szabo, E., Kocsel, N., Edes, A., Eszlari, N., Pap, D., ... & Anderson, I. M. (2016). Rumination in migraine: Mediating effects of brooding and reflection between migraine and psychological distress. *Psychology & Health, 31*(12), 1481-1497. doi: 10.1080/08870446.2016.1235166
- Korolainen, M. A., Kurki, S., Lassenius, M. I., Toppila, I., Costa-Scharplatz, M., Purmonen, T., & Nissilä, M. (2019). Burden of migraine in Finland: Health care resource use, sick-leaves and comorbidities in occupational health care. *The Journal of Headache and Pain, 20*, 13. doi: 10.1186/s10194-019-0964-5.
- Kreling, M. C. G. D., Cruz, D. A. L. M., & Pimenta, C. A. M. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem, 59*(4), 509-513. doi: 10.1590/S0034-71672006000400007.
- Lipton, R. B., Dodick, D., Sadovsky, R. E. A. A., Kolodner, K., Endicott, J., Hettiarachchi, J., & Harrison, W. (2003). A self-administered screener for migraine in primary care: The ID

- Migraine™ validation study. *Neurology*, 61(3), 375-382. doi: 10.1212/01.WNL.0000078940.53438.83
- Lo Buono, V., Bonanno, L., Corallo, F., Palmeri, R., Allone, C., Lo Presti, R., ... & Marino, S. (2019). Cognitive functions and psychological symptoms in migraine: A study on patients with and without aura. *International Journal of Neuroscience*, 129(6), 588-592. doi: 10.1080/00207454.2018.1554658
- Lopes, T. F., & Marback, R. F. (2015). Ansiedade como comorbidade atenuante da cefaleia primária. In *Resumos do 10º Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas* (n. p.). Porto de Galinhas, PE.
- Mattos, A. C. M. T. D., Souza, J. A. D., Moreira Filho, P. F., Jurno, M. E., & Velarde, L. G. C. (2017). ID-Migraine™ questionnaire and accurate diagnosis of migraine. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 75(7), 446-450. doi: 10.1590/0004-282x20170069
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310. doi: 10.1016/j.brat.2004.08.008
- Moura, L. C., Pereira, L. B. M., Moura, L. C., & Pimentel, L. H. C. (2016). Prevalência de incapacidade por enxaqueca em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 20(3), 217-229.
- Orr, S. L., Potter, B. K., Ma, J., & Colman, I. (2017). Migraine and mental health in a population-based sample of adolescents. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 44, 44-50. doi: 10.1017/cjn.2016.402
- Pahim, L. S., Menezes, A., & Lima, R. (2006). Prevalência e fatores associados à enxaqueca na população adulta de Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, 40, 692-698.
- Peres, M. (2018). *Cefaleias*. Recuperado em 12 de janeiro de 2019, de <https://cefaleias.com.br/tratamentos-enxaqueca/psicoterapia-para-enxaqueca>
- Peres, M. F. P., Mercante, J. P., Tobo, P. R., Kamei, H., & Bigal, M. E. (2017). Anxiety and depression symptoms and migraine: A symptom-based approach research. *The Journal of Headache and Pain*, 18, 37-44. doi: 10.1186/s10194-017-0742-1
- Rammohan, K., Mundayadan, S. M., Das, S., & Shaji, C. V. (2019). Migraine and mood disorders: Prevalence, clinical correlations and disability. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 10, 28-33. doi: 10.4103/jnpr.jnpr_146_18.
- Rausa, M., Cevoli, S., Giannini, G., Favoni, V., Contin, S. A., Zenesini, C., et al. (2019). State and trait anger and its expression in cluster headache compared with migraine: A cross-sectional study. *Neurological Sciences*, 40(11), 2365-2370. doi: 10.1007/s10072-019-03987-0
- Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17(5), 799-806. doi: 10.1080/02699930302283 q\

- Samara, B. S., & Barros, J. C. (2002). *Pesquisa de marketing: Conceitos e metodologia*. São Paulo, SP: Pearson.
- Schmidt, R. E., Harvey, A. G., & Van der Linden, M. (2011). Cognitive and affective control in insomnia. *Frontiers in Psychology*, 2(349), 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00349
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405.
- Smitherman, T. A., Maizels, M., & Penzien, D. B. (2007). Headache chronification: Screening and behavioral management of comorbid depressive and anxiety Disorders. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 48(1), 45-50. doi:10.1111/j.1526-4610.2007.00974.x
- Sociedade Brasileira de Cefaleia. (2019). *Junte-se a nós na campanha nacional de combate às cefaleias- 14/05*. Recuperado em 09 de junho de 2019, de <https://sbcefaleia.com.br/noticias.php?id=435>
- Steiner, T. J., Stovner, L. J., Katsarava, Z., Lainez, J. M., Lampl, C., Lantéri-Minet, M., ... & Andrée, C. (2014). The impact of headache in Europe: Principal results of the eurolight project. *The Journal of Headache and Pain*, 15, 31-41. doi: 10.1186/1129-2377-15-31
- Szabó, E., Galambos, A., Kocsel, N., Édes, A. E., Pap, D., Zsombók, T., et al. (2019). Association between migraine frequency and neural response to emotional faces: An fMRI study. *NeuroImage: Clinical*, 22. doi: 10.1016/j.nicl.2019.101790.
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38(3), 303-313. doi:10.1016/j.beth.2006.10.001
- Weiss, N. H., Sullivan, T. P., & Tull, M. T. (2015). Emotion dysregulation and risky, self-destructive, and health compromising behaviors: A review of the literature. In: Bryant, M. (Ed.), *Handbook on Emotion Regulation: Processes, Cognitive Effects and Social Consequences* (pp. 37-56). New York: Nova Science Publishers.
- Wolf, J., Danno, D., Takeshima, T., Vancleef, L. M. G., Yoshikawa, H., & Gaul, C. (2019). The relation between emotion regulation and migraine: A cross-cultural study on the moderating effect of culture. *Cephalalgia*. doi: 10.1177/0333102419885394

Recebido em: 22/01/2020

Aprovado em: 25/09/2020