

# Comorbidades psiquiátricas em pacientes de cefaleias primárias

## Psychiatric comorbidities in patients with primary headache

Camila Cordeiro dos Santos<sup>1</sup>, Glauce Regina Lippi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do Programa de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE, Brasil. Núcleo de Neurociência - Departamento de Pós-Graduação Lato Sensu, Faculdade de Ciências Humanas ESUDA, Recife - PE, Brasil

<sup>2</sup>Aluna do Programa de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE, Brasil. Fonoaudióloga da Memóriativa, Ambulatório de Neurologia Cognitiva e do Comportamento, Hospital Geral de Areias, Recife -PE, Brasil

Santos CC, Lippi GR. Comorbidades psiquiátricas em pacientes de cefaleias primárias. *Headache Medicine*. 2013;4(1):25-30

### RESUMO

O presente estudo buscou realizar uma revisão não sistemática de publicações referentes à cefaleia e comorbidades psiquiátricas. É constatado que a cefaleia possui várias comorbidades, incluindo depressão e ansiedade. Cerca de 30% de portadores de cefaleia apresentam quadros depressivos e 60% apresentam sintomatologia ansiosa. Acredita-se que a própria fisiopatologia da cefaleia possa ser favorável ao desenvolvimento dessas comorbidades. Além disso, o desconforto e as dores causadas pela cefaleia que muitas vezes limita o paciente no exercício de suas atividades diárias também funcionem como fatores predisponentes a essas comorbidades. Ressalta-se também a importância do conhecimento adequado do médico sobre a sintomatologia dessas comorbidades e que este facilite o diagnóstico e um tratamento eficiente no controle e/ou remissão dos sintomas. Neste contexto, o presente estudo busca oferecer informações baseadas em estudos realizados com pacientes portadores de cefaleia com o objetivo de descrever os tratamentos atuais e novas descobertas a respeito da cefaleia, favorecendo assim melhor compreensão da referida patologia bem como os impactos causados por suas comorbidades, e estratégias que possibilitem melhor qualidade de vida aos pacientes que convivem com a cefaleia frequentemente.

**Palavras-chaves:** Cefaleia; Comorbidade psiquiátrica; Depressão

### ABSTRACT

This study sought to conduct a non-systematic review of publications related to headache and psychiatric comorbidity. It is noted that headache has several comorbidities, including depression and anxiety. About 30% of headache patients have depression and 60% have anxiety symptoms. It is believed that the pathophysiology of headache may be conducive to the development of these comorbidities. Furthermore, the discomfort and pain caused by headaches that often limits the patient ability to perform activities of daily living also act as predisposing factors for these comorbidities. It is also emphasized the importance of adequate knowledge about these symptoms and comorbidities by the doctor in order to facilitate the diagnosis and offer effective treatment in controlling and/or remission of the symptoms. In this context, this study seeks to provide information based on studies of headache patients in order to describe the current treatments and new discoveries concerning headache, thus promoting better understanding of said pathology as well as the impacts of their comorbidities and strategies that will enable better quality of life for patients living with frequent headaches.

**Keywords:** Headache, psychiatric comorbidity, depression

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as doenças crônicas vêm desempenhando um grande papel em nossa sociedade, acometendo não só idosos, mas também, jovens em idade produtiva. Dentre as doenças crônicas mais conhecidas, destaca-se a cefaleia, que embora, bem estudada e conhecida, ainda hoje se faz presente na vida de milhões de pessoas exercendo seu impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas.

Recentes estudos apontam que muitos pacientes com cefaleia apresentam diversos sintomas psicopatológicos quando comparados com a população sem cefaleia. Sua prevalência é alarmante, acometendo homens e mulheres de diversas idades e classes sociais, sendo mais prevalente, porém, em mulheres.

Resultados obtidos em pesquisas demonstram que pacientes com cefaleia são mais suscetíveis a apresentarem sintomatologia ansiosa e depressiva. Estudiosos referem que a própria fisiopatologia da cefaleia pode estar relacionada ao surgimento dos sintomas depressivos e ansiosos, além da própria qualidade de vida que se mostra comprometida, principalmente nas esferas sociais e ocupacionais, restringindo cada vez mais as atividades cotidianas dos sujeitos.

Isso nos leva a inferir que, assim como a cefaleia, suas comorbidades como depressão e ansiedade, também precisam ser tratadas adequadamente, uma vez que estas patologias também interferem na funcionalidade do sujeito em seu meio. A negligência no tratamento dessas desordens psíquicas pode contribuir para uma má qualidade de vida dos pacientes acometidos.

Este estudo tem como objetivo descrever a associação da cefaleia com a depressão e ansiedade, baseado nos resultados de pesquisas atuais e sugerir métodos de tratamentos adequados e eficazes com o objetivo de promover a saúde e qualidade de vida dos pacientes em questão.

## CEFALIA E COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA

Cefaleia é um termo médico utilizado para designar a dor de cabeça. É uma das principais queixas atuais nos consultórios médicos. Muitos desses pacientes são tratados farmacologicamente, contudo, boa parte desses fármacos possuem efeitos indesejáveis que aumentam quando utilizados em longo prazo, interferindo nas esferas emocionais, cognitivas e comportamentais.<sup>(1,2)</sup> O

conhecimento adequado da fisiopatologia do tipo da cefaleia em questão oferece subsídios importantes para o médico prescrever o medicamento apropriado para cada tipo de paciente, evitando então efeitos colaterais desnecessários e auxiliando na promoção da qualidade de vida do mesmo.<sup>(2)</sup>

As cefaleias podem ser classificadas em primárias ou secundárias. Quando falamos em cefaleia primária, nos referimos àquelas cefaleias que ocorrem sem uma doença de base, como por exemplo: cefaleia tensional, cefaleia em salvas, migrânea, entre outras. As cefaleias secundárias correspondem às cefaleias que ocorrem devido a uma condição clínica anterior à cefaleia, como tumores cerebrais, acidente vascular cerebral, hidrocefalia, traumatismo craniano, etc.<sup>(3,4)</sup>

Estudos populacionais indicam uma prevalência de 10% a 15%, podendo variar de acordo com a população estudada de pacientes portadores de migrânea, a mais conhecida e mais estudada cefaleia primária, embora estudos com a população brasileira sejam relativamente poucos quando comparados a publicações internacionais; acredita-se que a prevalência da migrânea seja semelhante a dados americanos. Afeta três vezes mais mulheres do que homens e apresenta-se mais frequente entre os 25-34 anos em mulheres e 55-64 anos nos homens.<sup>(5)</sup>

A cefaleia apresenta etiologia multifatorial. É possível verificar que alguns casos de cefaleia apresentam alterações estruturais nervosas e extranervosas, sistêmicas ou quadros disfuncionais.<sup>(3,6)</sup> Seu diagnóstico é realizado após criteriosa avaliação clínica, histórico familiar, uma vez que observa-se alta incidência de migrânea em pessoas cujo histórico familiar é positivo para a patologia em cerca de 55%. Exames de imagem, como, por exemplo, tomografia e/ou ressonância magnética de crânio, exames laboratoriais com análise do líquido e sangue, entre outros, a fim de auxiliar o diagnóstico diferencial e excluir doenças que possam produzir sintomatologia semelhante, como também para verificar se a cefaleia é subjacente a uma condição clínica pré-existente, que neste caso se configuraria como uma cefaleia secundária.<sup>(6)</sup>

Comorbidade é um termo que se refere a condições clínicas distintas em um mesmo paciente. Esta associação ocorre de forma provavelmente não causal, entre uma doença inicial e uma ou mais doenças físicas ou psicológicas. O termo *comorbidity* foi cunhado por Feinstein em 1970 para definir a coexistência de mais de uma condição mórbida numa mesma pessoa.

Muitas vezes, entretanto, há o desconhecimento de possíveis comorbidades, podendo levar ao erro na identificação de uma afecção e as características de uma outra subjacente, porém ignorada. A importância em observar essas possíveis comorbidades reside no fato de que as mesmas dificultem o diagnóstico e posteriormente o tratamento.<sup>(7)</sup>

Baseado em estudos clínicos e observações, conclui-se que pacientes com migrânea têm cerca de cinco vezes mais chances de apresentar comorbidades quando comparados a sujeitos controles.<sup>(8)</sup> Abaixo, o Quadro 1 demonstra as comorbidades mais frequentes em migrânea, vale ressaltar que o mesmo encontra-se ainda em crescimento, relacionando-se a doenças neurológicas, psiquiátricas e sistêmicas.<sup>(9,10)</sup>

Quadro 1 - Comorbidades da migrânea<sup>(8)</sup>

Epilepsia	Fibromialgia
Doença cerebrovascular	Hipertensão
Tremor	Hipotensão
Fenômeno de Raynaud	Angina/IAM
Distúrbios do sono	Úlcera
Depressão	Osteoartrites
Distúrbios de ansiedade	Asma
Distúrbio do pânico	Alergias

Essas afecções secundárias podem aparecer como um transtorno (alterações comportamentais e psicológicas) e/ou doença (entidades clínicas definidas).

Comorbidades podem existir entre transtornos de grupos diagnósticos diferenciados, como por exemplo, depressão e migrânea, ou entre transtornos do mesmo grupo, no caso, depressão e distímia. A análise cuidadosa permite o estudo da etiologia, evolução e prognóstico do quadro apresentado, fornecendo subsídios importantes para o auxílio na prescrição do tratamento adequado.<sup>(11)</sup>

Outro fato que vale a pena ser ressaltado é o impacto na qualidade de vida que pessoas portadoras de migrânea e comorbidades exercem sobre o paciente. Estudos demonstram que pacientes migranosos possuem um custo de assistência médica 60% maior do que os não migranosos, sugerindo que as comorbidades possivelmente seriam responsáveis por este aumento.<sup>(8)</sup> As comorbidades, de acordo com os estudiosos exerceriam um aumento em cerca de 33%, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos pacientes .

Em determinada revisão, o autor destaca as dificuldades e limitações que os estudos retrospectivos apresentam em relação ao estudo das comorbidades em migrânea, dentre as quais enfatiza o pequeno tamanho de amostras, a qualidade (representa apenas uma parte da população) e muitas vezes a inexistência de um grupo controle para verificação e comparação dos dados.<sup>(12)</sup>

O mesmo autor ainda refere que muitos estudos foram realizados antes da classificação da International Headache Society com sua primeira edição em 1988, posteriormente reclassificada em 2004, o que dificulta muitas vezes uma compreensão e diagnóstico mais claro devido a grande variabilidade das definições de migrânea empregadas.<sup>(12)</sup>

Os estudos sobre a prevalência e incidência dos transtornos podem ser realizados em populações gerais e clínicas. Estudos populacionais apresentam vieses de seleção diminuídos, entretanto, estudos em populações clínicas podem reforçar os dados obtidos e auxiliar no monitoramento do curso evolutivo, bem como as comorbidades e ainda verificar a eficácia do tratamento.

As comorbidades entre as patologias podem apresentar-se de forma uni ou bidirecional, como no caso da depressão que aumenta o risco do surgimento da migrânea, e esta o risco da depressão, sugerindo, portanto, partilharem de uma etiologia em comum, alguns autores enfatizam que a hipofunção das atividades serotoninérgicas seria uma possibilidade etiológica em comum.<sup>(13)</sup> Estudos sobre epilepsia por sua vez, demonstram que a aparecimento da migrânea, facilitaria o surgimento da epilepsia e vice-versa apontando fatores genéticos e provavelmente a excitabilidade neuronal como sendo responsáveis pela etiologia.<sup>(12)</sup>

O tratamento da migrânea é geralmente influenciado pelas comorbidades apresentadas contribuindo para uma resposta mais fraca ao tratamento. Acredita-se que as comorbidades podem representar oportunidades, quando uma única medicação pode ser eficiente para ambas, ou limitações, quando a medicação pode ser útil em uma doença e contra-indicada para outra. Sobre tudo, o erro muitas vezes ressalta numa má observação do quadro clínico, sua evolução e no desconhecimento de comorbidades, o que dificultaria um diagnóstico correto.<sup>(7)</sup>

## CEFALÉIA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Wolf, em 1937 realizou um dos primeiros estudos que demonstravam uma associação entre cefaleias e

transtornos psiquiátrico, no qual denominou o termo personalidade migranosa para caracterizar pacientes migranosos que apresentavam comportamentos perfeccionistas, obsessivos, e de personalidade inflexível.<sup>(14)</sup> Embora não mais utilizado, este termo deu início a uma vasta investigação posteriormente entre a correlação de cefaleias e quadros psiquiátricos.

A maioria das características psicológicas apresentadas pelos pacientes migranosos pode ser melhores definidas como sintomas psicopatológicos ao invés de traços de personalidade.<sup>(15)</sup> Estudos apontam que em pacientes com quadros intensos de cefaleia, apresentavam altos níveis de comorbidade psiquiátrica.<sup>(16-19)</sup> Em estudos com familiares, foram encontrados não apenas grande associação positiva para migrânea entre familiares como também a depressão foi fortemente relacionada, diferentemente dos achados em grupos de pessoas saudáveis.<sup>(15)</sup>

Estudos em crianças e adolescentes identificaram sinais de instabilidade emocional, imaturidade mental, ansiedade e depressão quando comparadas a grupos controles. Estudos com jovens adultos conseguiram replicar os mesmos achados, sobretudo os transtornos psiquiátricos.<sup>(20)</sup>

Pesquisas recentes referem que a cefaleia apresenta-se duas vezes mais frequentes em adolescentes com depressão, e que o surgimento da depressão maior na adolescência era preditiva de cefaleia em adultos jovens conforme os critérios diagnósticos do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994*). Abaixo o quadro com os critérios da referida classificação, para o diagnóstico de depressão é necessário que cinco dos sintomas listados deva estar presentes, dentre os quais o estado deprimido ou falta de motivação deva estar presente há pelo menos duas semanas.

**Quadro 2 - Critérios para diagnóstico de depressão**  
(Segundo o DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edição*)

Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo;  
Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina;  
Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;  
Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se;  
Fadiga ou perda de energia;  
Distúrbios do sono: insônia ou hipersônia praticamente diárias;  
Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;  
Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar;  
Idéias recorrentes de morte ou suicídio

Atualmente acredita-se que pacientes com migrânea apresentam o risco de 30% a mais de desenvolverem depressão do que pessoas sem migrânea (10%), enfatizando que pacientes migranosos tem o risco três vezes maior de apresentar depressão do que os não migranosos, através de estudos populacionais, a associação entre a depressão e migrânea encontra-se bem estabelecida, o que foi replicado em estudos clínicos e epidemiológicos, possuindo prevalências semelhantes em migrânea (mulheres 24%, homens 9%) e depressão maior (mulheres 24% e homens 13%).<sup>(15,16,21)</sup>

Estudos referem o grande sofrimento vivenciado por pacientes deprimidos, seja pelos seus sintomas, como também pelo prejuízo causado pela depressão. Em muitos casos é possível observar alterações em sua dinâmica social e laboral.<sup>(22,23)</sup> Percebe-se que apesar de poder acometer indivíduos nas mais variadas faixas etárias, a depressão é mais prevalente em idades médias, nas quais os indivíduos, estudam, trabalham e formam novos grupos familiares, devido a isto, muitas vezes o impacto causado pela depressão em seu cotidiano e qualidade de vida assume dimensões imensas.<sup>(23,24)</sup>

O diagnóstico da depressão pode ser auxiliado através da utilização de escalas e inventários como os de Beck (BDI), Montgomery-Asberg e Hamilton, escalas muito utilizadas em estudos clínicos e epidemiológicos, possuindo grande sensibilidade para a depressão.<sup>(25)</sup>

Em relação à ansiedade, percebemos uma alta prevalência em pessoas com cefaleia, principalmente em pacientes com cefaleia do tipo tensional crônica, cefaleia mista e cefaleia por abuso de analgésicos.<sup>(26)</sup>

A ansiedade é considerada um transtorno com sinais e sintomas bem definidos. Em portadores de cefaleia, a ansiedade possui a alarmante prevalência de 60%, os dados são baseados em estudos realizados com o Inventário de ansiedade de Beck, entre outras escalas.<sup>(27,28)</sup>

Muitos pacientes referem grande receio ansiogênico de serem portadores de doenças mais graves, como tumores cerebrais ou doenças cerebrovasculares, isso denota a importância de explicar ao paciente corretamente a etiologia de sua dor, buscando inteirar o paciente com a sua condição clínica real, eliminando receios desnecessários, facilitando então a adesão ao tratamento.<sup>(27)</sup>

Acredita-se que a depressão e a ansiedade facilitem as aferências dolorosas quando atuam em níveis centrais, participando desta forma da patogênese da dor.

A prevalência de transtornos ansiosos é aumentada em pacientes migranosos ao longo da vida quando estes

são comparados a sujeitos controles. Foram observadas as seguintes proporções: transtorno de pânico (10,9% vs. 1,8%), transtorno de ansiedade generalizada (10,2% vs. 1,9%), transtorno obsessivo compulsivo (8,6% vs. 1,8%) e transtornos fóbicos (39,8% vs. 20,6%). Foi constatado em um dos estudos sobre comorbidades em cefaleia que pacientes migranosos com aura tinham a prevalência mais aumentada a vários transtornos de ansiedade enquanto que pacientes migranosos sem aura, possuíam maior prevalência em transtorno de pânico e transtornos fóbicos.<sup>(29-31)</sup>

○ mesmo autor percebeu em suas amostras longitudinais que a ansiedade precedia a idade de início da migrânea e esta era seguida pela depressão, com isto, sugeriu uma relação sindrômica entre essas patologias, iniciando com a ansiedade, seguida da migrânea e posteriormente episódios depressivos.<sup>(29,30)</sup>

Esses achados nos levam a repensar a migrânea e seu impacto na qualidade de vida dos sujeitos acometidos, ressaltando a importância da compreensão dessas patologias como entidades clínicas diferenciadas, porém podem aparecer num mesmo paciente simultaneamente ou separadamente ao longo de sua vida. O conhecimento dos sintomas auxiliaria a médico na prescrição do tratamento adequado e individualizado com a finalidade de obter a remissão ou controle dos sintomas evitando recidivas, oferecendo portanto melhor qualidade de vida. Desconhecer essas e outras comorbidades poderia indicar insucesso no tratamento.<sup>(32)</sup>

## TRATAMENTOS

As crises apresentadas pelos pacientes podem ser incapacitantes, impedindo-os muitas vezes de realizarem suas atividades cotidianas, devido à dor e o desconforto sentidos, sobretudo quando a cefaleia apresenta comorbidades, muitas vezes favorecidas pelas dificuldades nas relações laborais, pessoais e sociais apresentadas por esses pacientes. É importante o conhecimento do médico sobre as patologias para que então possa ajudar o paciente em suas dificuldade e limitações. Sabe-se que as crises migranosas associadas ou não a comorbidades psiquiátricas podem ser desencadeadas por fatores internos e externos, por isto faz-se necessário o conhecimento da fisiopatologia da mesma.

○ tratamento a ser implantado deverá ser fundamentado na história clínica do paciente, levando em consideração as comorbidades e efeitos indesejáveis que possam surgir.

Em pacientes que apresentam depressão e migrânea, se não houver a possibilidade de tratar simultaneamente as duas patologias, é interessante priorizar a que cause mais sofrimento ao paciente. Alguns estudos referem que antidepressivos tricíclicos podem ser eficientes na profilaxia da migrânea em pequenas doses. Embora seja útil no controle dos sintomas ansiosos, para o controle da depressão é necessário doses mais altas, o que poderia acarretar alguns sintomas indesejáveis. Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) por sua vez, auxiliariam no bem-estar do paciente, entretanto, estudos sobre os ISRS na profilaxia da migrânea ainda são poucos.<sup>(33)</sup>

Atualmente, muitos médicos vêm receitando o uso do topiramato, obtendo ótimos resultados, porém poucos estudos descrevem melhora no controle da depressão.

Fármacos como a lamotrigina e carbonato de lítio, também se mostraram muito eficientes na estabilização do humor e no controle das crises migranosas, assim como o valproato de sódio.<sup>(34)</sup>

Os betabloqueadores por sua vez, são contraindicados em pacientes com história de depressão, por induzirem sintomatologia depressiva.

Levando em consideração que dependendo do histórico clínico do paciente algumas vezes a politerapia é contraindicada, é importante optar por medicamentos que ofereçam boa relação entre eficácia terapêutica e efeitos colaterais, esclarecendo ao paciente sobre os possíveis efeitos indesejáveis que possam surgir, evitando assim o abandono do tratamento pelo paciente.

○ tratamento não medicamentoso baseia-se na reeducação do paciente, no esclarecimento da doença, como sendo fundamentalmente biológica e muitas vezes hereditária, informando a importância de evitar fatores desencadeantes e/ou agravantes como por exemplo alimentação e hábitos de vida em alguns casos, facilitando e motivando então a adesão ao tratamento por parte do paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese de que a fisiopatologia das cefaleias poderia contribuir para o surgimento e evolução de sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como as limitações e dificuldades apresentadas pelos pacientes devidos as dores e impacto na vida cotidiana, foram confirmadas através do levantamento de vários autores apresentados.

O presente estudo teve como pretensão oferecer informações baseadas em recentes estudos publicados na área de cefaleias e comorbidades psiquiátricas, ressaltando a importância do conhecimento do profissional de saúde sobre o tema, favorecendo sua prática e eficiência no tratamento, além da adesão do paciente, auxiliando então, a promoção da sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life and depression. A population-based case control study. *Neurology*. 2000; 55(5):629-35.
- Lipton RB, Silberstein MD, Stewart WF. An update on the epidemiology of migraine. *Headache*. 1994; 34: 319-328.
- Fauci, AS. et al. Harrison. *Medicina Interna*. 17ª. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2008.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders*, 2nd Edition. *Cephalalgia*. 2004; 24 (Suppl. 1): 1-152.63
- Costa, EAC. *Comorbidades psiquiátricas na migrânea com e sem abuso de medicações analgésicas [Dissertação]*, 2007.
- Goldman, Lee. *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 23ª Ed. Elsevier, 2009.
- Kessler R, et al. *The epidemiology of psychiatric comorbidity. Textbook of psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons; 1995. p. 179-98.
- Moschiano F, et al. *Neurobiology of chronic migraine*. *Neurol Sci*. 2003; Suppl 2:S 94-6
- Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Su TP. *Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes*. *Headache* 2000;40:818-23.
- Radat F, Swendsen J. *Psychiatric Comorbidity in migraine: a review*. *Cephalalgia*. 2004; 25:165-178
- Mitsikostas DD. *Comorbidity of headache and depressive disorders*. *Cephalalgia*. 1999;19:211-217.
- Carvalho J. *Enxaqueca e comorbidades. Por que estudá-las?* 2004; 2(Supl 1): 23-26
- Ressler KJ, Nemeroff CB. *Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders*. *Depression and Anxiety* 2000; 12(suppl 1): S2-S19.
- Wolff HG. *Personality features and reactions of subjects with migraine*. *Arch Neurol Psychiatr*. 1937; 37:895.
- Merikangas KR. *Psychopathology and headache syndromes in the community*. *Headache*. 1994; 34:S17-S26
- Breslau N, Davis GC, Schultz LR, Peterson EL. *Migraine and major depression*. *Headache*. 1994; 34:387-93.
- Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KMA. *Headache and major depression. Is the association specific to migraine?* *Neurology*. 2000; 54:308-13.
- Breslau N, Davis GC, Andreski P. *Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults*. *Psychiatry Res*. 1991;37:11-23.
- Breslau N, Davis GC. *Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiologic study in young adults*. *J Psychiatr Res*. 1993; 27:211-21.
- Arruda, M.A., Guidetti, V.(eds) 2007. *Cefaleias na Infância e Adolescência*, 1ª ed., Instituto Glia SP, Ribeirão Preto. Wainer.
- Mercante JPP, Peres MFP, Guendler V, Zukerman E, Bernik MA. *Depression in Chronic: Severity and clinical features* *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(2A):217-220.
- Galego JCB, Cipullo JP, Cordeiro JA, Tognola WA. *Depression and Migraine*. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2004; 62:774-777
- Wainer, R., Pergher, G.K. & Piccoloto, N.M. *Terapia cognitivo comportamental das depressões*. In Caminha (Org). *Psicoterapias cognitivas comportamentais: Teoria e prática*. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2003.
- Ballone G.J. *Depressão*. PsiquWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2007. Acesso em 11/02/2012.
- Kowacs F, Kowacs F. *Depressão e Migrânea*. Einstein, 2004; 2(Supl 1): 40-44.
- Choi YC, Kim WJ, Kim CH, Lee MS. *A clinical study of chronic headaches: clinical characteristics and depressive trends in migraine and tension-type headache*. *Yonsei Med J* 1995;36:508-514.
- Matta, APC and MOREIRA FILHO, PF. *Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica*. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(4): 991-4.
- Kaplan HI et al. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2006
- Merikangas KR, Angst J, Isler H. *Migraine and psychopathology: Results of the Zurich Cohort Study of Young Adults*. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 849-53.
- Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. *Headache syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission*. *J Psychiatr Res* 1993; 27:197-210.
- Mercante J, Bernik M. *Cefaleias primárias e transtornos de ansiedade*. 2004; 2(Supl 1): 45-48.
- Devlen J. *Anxiety and depression in migraine*. *J Roy Soc Med* 1994; 87:338-41. 65.
- Sociedade Brasileira de Cefaleia. *Recomendações para o tratamento profilático da migrânea: Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia*. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2002; 60(1):159-69.
- Kowacs F. *Avaliação dos sintomas de ansiedade e de transtorno mental inespecífico em pacientes portadores de migrânea [Dissertação]*. Rio Grande do Sul. Universidade do Rio Grande do Sul. 1999.

Correspondence

**Camila Cordeiro dos Santos**

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária  
50670-901 – Recife, PE  
Fone PABX: (81) 2126.8000  
[camilachristielly@hotmail.com](mailto:camilachristielly@hotmail.com)